UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 26

TUBERCULOSE des Musulmans Tunisiens et Streptomycinothérapie

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en mars 1950

PAR

Jean FREGEVU

Membres du Jury

MM.	MOREL	*Président*
	ROQUES	
	ANDRIEU	*Assesseurs*
	LASSERRE	
	POULHES	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1950

TUBERCULOSE
des Musulmans Tunisiens
et Streptomycinothérapie

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 26

TUBERCULOSE
des Musulmans Tunisiens et Streptomycinothérapie

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en mars 1950

PAR

Jean FREGEVU

Membres du Jury

MM.	MOREL	*Président*
	ROQUES	*Assesseurs*
	ANDRIEU	
	LASSERRE	
	POULHES	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6

1950

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR	BRUSTIER
DOYENS HONORAIRES	GORSE. CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MERIEL. MM. RIBAUT.
LAFFORGUE. SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des maladies de la tuberculose	MOREL.
Bactériologie, hygiène médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique Chirurgicale infantile et Orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine sociale	BOUNHOURE.
Thérapeutique	GADRAT.
Pathologie externe	GRIMOUD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET.
Anatomie	COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD. GERAUD. DARDENNE LAPORTE. BAUDOT	Chirurgie	MM. RIEUNAU. DIEULAFE. DAMBRIN (P.)

Ophtalmologie	MM. DEODATI.
Physique médicale	MARQUES.
Obstétrique	PONTONNIER
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Odonto-Stomatologie	CADENAT.
O. R. L.	CLAUX

COURS COMPLÉMENTESIAR

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie Biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Tuberculose	MOREL.
Chirurgie-Pulmonaire	DAMBRIN (P.).
Parasitologie	LASSERRE.
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et Géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BAISSET
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES.
Mycologie	MORQUER
Physiologie	COLOMBIÈS

Secrétaire de la Faculté..... M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1871)

R. UNIV. LIDTHEEK) LEIDEN

A la mémoire des miens
qui m'ont précédé dans la carrière médicale

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MOREL

Professeur de Pathologie Interne
et de Clinique de la Tuberculose

Avec l'expression de ma reconnaissance pour le stage que j'ai effectué dans son service, et qui m'a fait aimer la phtisiologie.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROQUES

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'honneur - Croix de guerre

En remerciement de son enseignement, et en reconnaisance pour son amitié envers ma famille.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur d'Hygiène et Bactériologie

Chevalier de la Légion d'honneur

En hommage respectueux.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LASSERRE

Médecin des hôpitaux

Chargé de cours à la Faculté

Avec ma profonde gratitude pour tout ce que je lui doit.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUILHES

Professeur Agrégé d'Anatomie

A MADAME LE DOCTEUR

M. COURSIERES-BERTHEZENE

Médecin-chef de service des hôpitaux de Tunis

Avec l'expression de ma reconnaissance pour l'enseignement qu'elle nous a prodigué dans son service.

A TOUS MES CAMARADES
DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE TUNIS

Meis et amicis.

Avant-Propos

Après un séjour d'un an dans le service de phtisiologie de l'hôpital Ernest Conseil, il nous a paru intéressant d'établir une comparaison entre l'évolution de la tuberculose pulmonaire des musulmans tunisiens avant l'emploi de la streptomycine et après l'introduction de cet antibiotique dans l'arsenal thérapeutique de cette maladie.

Nous avions été frappé dès notre arrivée en Tunisie par la différence entre la tuberculose européenne, telle que nous l'avions apprise et vue dans les services hospitaliers et la tuberculose des musulmans tunisiens.

En effet, l'hôpital Ernet Conseil de Tunis ne reçoit que des musulmans tunisiens, et son service de phtisiologie est le seul service spécialisé de la régence, réservé aux musulmans tunisiens.

Sont admis dans ce service :

1° Les tuberculeux dépistés au cours de la consultation des différents services de médecine générale, ou évacués de ces services.

2° Les malades envoyés par les dispensaires antituberculeux de Tunis ,ou de l'intérieur.

3° Les tuberculeux musulmans découverts, dans leurs consultations par les médecins de la Santé Publique.

4° Les « sans domicile fixe », « trouvés malades sur la voie publique », qu'envoient les commissaires de police, et qui sont le plus souvent des tuberculeux.

« Ce recrutement particulier explique sans doute qu'il soit entré dans le service tant de cas désespérés.

La majorité de ces malades est constituée, surtout chez les hommes, par des sujets de la campagne : nomades, travailleurs agricoles, petits ouvriers ; les citadins sont un peu moins nombreux...

...La majorité de nos malades du sexe féminin est constituée, d'une part : de jeunes femmes, orphelines, placées comme domestiques, et d'autre part : de malades extrêmement atteintes ou porteuses de formes très évoluées et qui sont une lourde charge pour la famille ». (Dr. COURSIÈRES-BERTHÉZÈNE).

Nous avons eu dans le service des malades originaires aussi bien de Tatahouine, de Tozeur ou de Sousse que de Tabarka, du Kef ou de Nabeul.

Nous disposions de 22 lits pour les femmes et de 60 pour les hommes, mais bien souvent nous étions obligés de faire installer des matelas à même le sol pour arriver à loger tous les malades qui se présentaient.

Plusieurs faits nous étonnèrent encore, ceux-là tenant aux malades et non plus à leur maladie, ce furent :

— Les difficultés de l'interrogatoire : il est bien souvent impossible de faire préciser à un malade la date de début de sa maladie. Seules les hémoptysies, frappant l'imagination du malade, nous sont signalées avec exactitude.

— L'indiscipline totale de nos malades à qui il est impossible de faire comprendre que le repos couché est

aussi indispensable à leur traitement que la « piqûre ».

Nous rejoignons par là l'opinion du docteur CHENEBAULT qui dit dans son article : « Notions sur la tuberculose pulmonaire de l'indigène musulman-marocain » : « En fait nous nous sommes heurtés à des difficultés insurmontables pour maintenir couchés et soumis au repos ces malades qui ne sont faits ni pour la persévérance ni pour la discipline qu'imposent une maladie chronique et en particulier la tuberculose ».

— Leur insouciance complète : la plupart des malades porteurs de pneumothorax artificiel se font insuffler pendant encore deux à trois mois après leur sortie de l'hôpital puis, se jugeant peut être guéris, disparaissent ; pour revenir 4 à 5 mois après dans un état général lamentable, porteurs de lésions bilatérales, pour les lesquelles toute thérapeutique est impuissante à enrayer l'évolution rapidement fatale de leur maladie.

Nombreux étaient ceux qui ont fait une perforation dans le service et sont rentrés dans leur famille, malgré tous nos arguments.

Un malade présentant une tuberculose pulmonaire fortement évolutive et un Mal de POTT dorsal refuse les injections de streptomycine parce que la piqûre lui fait mal.

Et nombreux seraient encore les exemples que nous pourrions citer.

Il était nécessaire d'énoncer ces quelques faits et de souligner leur importance, pour montrer dans quelles conditions nous avons pris ces observations.

Leur analyse nous a permis :

— Dans la première partie de notre exposé, de préciser les formes cliniques, les thérapeutiques, le pronostic.

— Dans une seconde partie de citer ces observations

recueillies dans le service de phtisiologie de l'hôpital Ernest Conseil.

— Dans une troisième, d'essayer d'établir un parallèle.

— Et enfin dans une dernière de donner des conclusions.

CHAPITRE PREMIER

La Tuberculose du Musulman

EN ALGERIE.

Tous les auteurs, insistent sur son potentiel évolutif élevé, c'est ainsi qu'ARGENSON dans les dispensaires d'Alger note des évolutions de moins d'un an chez 27 % des Européens et de 61 % chez les Musulmans. LÉVY VALENSI dans son service relève 66,5 % de tuberculose d'allure aiguë (Félix Masselot : Aspects Tunisiens du problème médico-social de la tuberculose : La Tunisie Médico-Sociale, Juillet 49).

AU MAROC.

La tuberculose pulmonaire est dans la plupart des cas maligne, hautement évolutive, parcourant son cycle en quelques mois d'une marche progressive et inéxorable (J. CHENEBAULT. Notion sur la tuberculose pulmonaire de l'indigène musulman marocain. Maroc-Médical, Août-Sept. 46).

EN TUNISIE.

Ses caractères. — « La tuberculose des Musulmans a des caractères très tranchés, elle est comme en Algérie, grave, rapide, souvent bilatérale, à tendance nettement caséeuse ». (MASSELOT-BLOCH, Tunisie Médicale n° 4, 1935).

« Les adolescents font souvent des formes rapides, granuliques, broncho-pneumoniques, ulcéro-caséeuses. Les adultes des formes ulcéro-caséeuses rapidement bilatérales, fréquemment pluri-cavitaires, la tuberculose fibreuse pure est rare » (BROC-CARUANA, T.M. n° 7, 1938).

Sa fréquence. — « Pour Tunis la progression des décès est constante, elle passe de 559 décès dont 422 Musulmans en 1939 à 904 dont 782 Musulmans en 1948.

A Sfax on note en 1944 : 40 décès par tuberculose dont 27 Musulmans ; en 1948 : 80 dont 70 Musulmans pour une ville de 54.000 habitants dont la population augmente environ de 5.000 âmes par an.

Tous ces chiffres n'ont qu'une valeur d'indication, en revanche ce qui a une valeur absolue c'est la constatation que les Musulmans par rapport à leur nombre propre sont frappés dans une proprotion trois fois plus grande que les Européens » (Félix MASSELOT : La Tunisie médico-sociale, juillet 49).

Voici ce qui s'est passé dans le service de phtisiologie de l'H. E. C. entre le 1er janvier 1946 et le 31 décembre 1948.

550 observations de malades ont été réunies et étudiées par le Dr COURSIÈRE BERTHÉZÈNE dans « Contribution à l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire chez les Musulmans Tunisiens. D'après 550 observations recueillies à l'H.E.C. de Tunis ». 85,4 % de ces malades étaient âgés de 12 à 40 ans.

A - Les formes cliniques

Tableau établi suivant l'extension topographique des lésions pulmonaires constatées à l'entrée, sur le film standard, et leur évolution générale rapide ou lente.

FORMES CLINIQUES	Hommes		Femmes		Totaux	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
I. - *Bilatérales :*						
rapides	219		91		310	
lente	45		8		53	
	264	65,4	99	67,3	363	66
II. - *Unilatérales :*						
rapides	89		35		124	
lente	50		13		63	
	139	34,6	147	32,7	187	34
Total général	403	100	147	100	550	100

1° LES FORMES BILATERALES.

a) *les formes à évolution lente :* qui se présentent sous plusieurs aspects radiologiques :

les lobites supérieures bilatérales : 31 cas sur 53, bien limitées à droite, par une ligne seissurale 1 fois sur 2 ; excavées des deux côtés.

— Lobites inférieures bilatérales : 5 cas se présentant sous l'aspect de grosses cavités parahilaires, correspondant sur le film de profil à des évidements des segments apicaux des lobes inférieurs.

— fibrothorax gauche bilatéralisé : 6 cas.

— ulcéro-fibreuses bilatérales : 11 cas.

Leur évolution est celle de la phtisie chronique normale.

Deux seuls décès sont survenus dans le service :

1 hémoptysie foudroyante

1 défaillance cardiaque.

b) *Les formes à évolution rapide.* — Leur mode de début peut ainsi se schématiser :

— hémoptysie : 59 %

— Poussée fébrile aiguë 19% ; coïncidant bien souvent avec un accès palustre...

— Pleurésie 3,8 %

— lent et difficile à préciser :17 %

leur forme topographique, d'après l'aspect radiologique.

ASPECT RADIOLOGIQUE	Hommes	Femmes	Total	%
I.F. *Disséminées :*				
a) miliaires	2	3	5	1,6
b) broncho pneumoniques	25	39	64	20,6
	27	42	69	22,2
F. *Formes systématisées :*				
a) Lobites supérieures droites bilatéralisées	97	28	125	40.3
c) Lobites supérieures gauches bilatéralisées	48	26	74	24
c) Lobites supérieures bilatérales d'emblée	21	12	33	10,6
d) Lobites inférieures bilatérales.	5	4	9	2,9
	171	70	241	77,8
Total général	198	112	310	100

La forme la plus fréquente est celle ou l'atteinte du lobe supérieur a progressé vers le segment de Fowler ou le lobe moyen en même temps qu'apparaissait une infiltration broncho-pneumonique de la lingula ou du lobe supérieur gauche.

Malgré ces différences observées sur la radiographie,

l'évolution clinique de toutes ces formes a été à peu près identique : température très élevée ne cédant à rien, toux très importante, émétisante, cachexie progressive et mort survenant fréquemment vers le 8me ou 10me mois de la maladie.

Cette évolution a été compliquée :

— de laryngite tuberculeuse dans 12 % des cas
— d'évidents des sommets : 10,9 %
— Pneumo-spontanés : 10 %
— Hémoptysies : 6,3 %
— Pleurésies : 3,3 %
— Méningites : 1 %.

Parmi ces malades, le nombre de décès dans le service s'élève à 159, soit 51,3 %.

2° LES FORMES UNILATERALES.

Parmi celles-ci 16 épituberculoses.

Voici réunies sur un tableau les formes cliniques groupées d'après leur mode évolutif, et l'aspect topographique des lésions constatées à leur entrée sur le cliché standard.

FORMES CLINIQUES	Nombre	%
Evolution lente :		
Infiltration en nébuleuse	15	8,7
Ulcéro fibreuse	32	18,7
	47	27,4
Evolution rapide :		
— disséminée :		
Broncho-pneumonie	67	39
— systématisée :		
Pneumonie caséeuse..	5	3,2
Lobites supérieures ou Inférieures, excavées ou non ..	52	30,4
	124	72,6
Total	171	100

a) *les formes lentes :*

— infiltration en nébuleuse : pour celle-ci un Pneumothorax fut créé qui donna de bons résultats.
— Ulcéro fibreuse, le traitement général les améliora, mais ici, comme dans les formes bilatérales, la patience ne fut pas le fort de ces malades, qui après un séjour de quelques mois, sortaient du service.

Sur 2 un Pneumothorax donna de bons résultats.
Sur 2 une Phrénicectomie donna de bons résultats.
Sur 2 une Thoracoplastie donna de bons résultats.

b) *les formes rapides :*

Le traitement général fut sans effet sur leur évolution, le Pneumothorax lorsqu'il put être tenté donna de bons résultats chez 25 de ces malades ; quant aux autres, ou le Pneumothorax dut être abandonné, ou fut impossible à créer, ces malades ont évolué rapidement vers une bilatéralisation.

Parmi ces malades, 29 sont morts dans le service, dont 3 porteurs de tuberculose fibreuse qui sont mort d'insuffisance cardiaque.

B - Les traitements

1° TRAITEMENT GENERAL.

Le repos, l'alimentation, le calcium, les vitamines n'ont eu d'effet que sur les tuberculoses fibro-ulcéreuses. Qu'elles soient uni ou bilatérales, le malade, reprend du poids, sa température se stabilise à la normale, quelques fois les bacilles ont disparu de l'expectoration, alors se croyant guéri, au bout de quelques mois

de traitement, le malade sort, et reprend sa vie normale, mais pas pour longtemps, car nous le voyons revenir, à peu près dans le même état qu'à sa première entrée et le cycle recommence.

2° COLLAPSOTHERAPIE MEDICALE.

Pneumothorax artificiel: — Sur 138 malades unilatéraux un pneumothorax artificiel fut tenté.

43 fois la symphyse pleurale a empêché tout décollement soit dans 31 % des cas.

Parmi les 95 pneumothorax artificiels créés,

53 furent de mauvais pneumothorax soit dans 38,4 %

42 donnèrent de bons résultats soit dans 30,6 %.

a) *Les mauvais pneumothorax :* 31 %.

Voici les formes cliniques pour lesquelles ils ont été créés.

FORMES CLINIQUES	Hommes	Femmes	Total
1° Infiltr. br. Pn.	34	2	36
2° Lobites supér. excavées	7	5	12
3° Lobites inf. excavées	2	1	3
4° Ulcéro-fibreuses	1	1	2
Total	44	9	53

Les incidents ou accidents qui ont rendus ces pneumothorax inefficaces.

INCIDENTS	Hommes	Femmes	Total
1° Pneumothorax complets et inefficaces	16	5	21
2° Bilatéralisations secondaires	3		3
3° Pneumothorax bridés	19	3	22
4° Complications de la pleuroscopie .	6	1	7
Total	44	9	53

— Les pneumothorax complets mais inefficaces : 21 sur 53 soit 40 %, ils n'ont eu aucune action sur l'état général, sur les lésions, au contraire très souvent, quelques semaines après leur création, un épanchement séro-fibrineux survenait, et une infiltration broncho-pneumonique du côté opposé.

— 3 pneumothorax qui excellents au début se sont compliqués brusquement dans les 3 à 6 mois après leur création d'une bilatéralisation aiguë, non influencée par un deuxième pneumothorax.

— Les pneumothorax bridés : 29 cas soit 54,7 % ; pour 22 il ne fut pas fait de pleuroscopie.

— 4 refus
— 9 contro-électifs
— 7 compliqués
  1 fois perforation
  3 fois soufflage de caverne
  3 fois réaction séro-fibrineuse plus bilatéralisation
— 2 réactions séro-fibrineuse suivies de symphyse.
— 7 subirent une pleuroscopie
  2 fois exploratrice
  5 fois suivie de section de brides, mais dans les jours qui suivirent firent :
    soit perforation
    soit réaction liquidienne.

b) *les bons pneumothorax.* — Nous n'en comptons que 42, voici pour quelles formes cliniques ils ont été créés.

FORMES CLINIQUES	Hommes	Femmes	Total
1° *Formes lentes :*			
Infiltration en nébuleuse..	10	5	15
Ulcéro fibreuse	1	1	2
2° *Formes rapides :*			
Infiltrat broncho pneumonique ..	14	3	17
Lobites supérieures excavées	2	1	3
Lobites inférieures excavées ..	5		5
Total	32	10	42

22 de ces pneumothorax soit 52,7 % n'ont été suivis d'aucuns incidents après leur création, mais cependant il y en a eu :

— 5 soit 11,9 % suivis de bilatéralisation qui put être contrôlée par la création d'un deuxième pneumothorax.

— 5 soit 11,9 % qui firent une réaction sero-fibrineuse.

— 10 soit 23,8 % à qui on fit pleuroscopie et section de brides.

Seulement quatre de ces malades reviennent régulièrement se faire insuffler dans le service et sont en bonne voie de guérison. Quant aux autres, ils ont été perdus de vue.

3° COLLAPSOTHERAPIE CHIRURGICALE.

a) **Phrénicectomie** : 2 malades porteurs de lésions unilatérales, ulcéro-fibreuses, ont bénéficié de ce traitement. Les résultats sont bons.

b) **Thoracoplastie** : elle fut effectuée chez deux malades, avec bons résultats.

Ces malades étaient atteints de tuberculose fibro-ulcéreuse unilatérale, sur lesquelles avait été créé un pneu-

mothorax qui se symphysa rapidement après une réaction liquidienne séro-fibrineuse.

c) **Pneumothorax extra-pleural** : aucun ne fut créé.

C - Mortalité

FORMES CLINIQUES	Nombre de malade	Mortalité	
I. - *Tuberculoses bilatérales :*			
lentes	53	2	3,7
rapides	310	159	51,3
II. - *Tuberculoses unilatérales :*			
lentes	63	3	4,7
rapides	124	26	20,9

D - Conclusion

1° La tuberculose pulmonaire chez le Musulman tunisien est une affection des jeunes : 85,4 % âgés de 12 à 40 ans.

2° Dans la majorité des cas le début est aigu et hémoptoïque.

3. Son évolution est rapide : 434 cas sur 350 soit 79 %.

4° Evolution sur laquelle les thérapeutiques actuelles ont donné des résultats bien décevant.

5° Les atteintes pleurales sont fréquentes et précoces, et le moindre traumatisme exercé à leur niveau, exacerbe l'évolution de cette maladie.

CHAPITRE II

Quelques observations

Nous avons traité nos malades suivant deux schémas.

1° *PREMIER SCHEMA.*

1° *a*) Cure de streptomycine de trente jours, à raison de un gramme par jour, en deux injections.

b) Repos de un mois, pendant lequel nous avons envoyé à la campagne ceux qui en avait la possibilité. Malheureusement beaucoup de ceux-ci ne se sont pas représentés.

Les autres ont été gardés dans le service et ont subi un traitement général : polyvitaminé et calcique.

c) Reprise de la streptomycine à raison de un gramme par jour pendant trente jours, soit alors 60 grammes.

d) Et s'il était nécessaire une troisième cure quelque temps plus tard, à raison de un gramme ou cinquante centigrammes de streptomycine par jour pendant trente jours, soit en tout 90 ou 75 grammes.

2° *DEUXIEME SCHEMA.*

Lorsque des doses de P. A. S. suffisante ont été mises à notre disposition ; le schéma précédent a été modifié :

a) et *b*) identiques.

c) Reprise de la streptomycine à raison de cinquante centigrammes par jour, associée à la prise per os, quotidienne, de quinze à dix-sept grammes de P.A.S. en moyenne, soit en tout 45 grammes de streptomycine.

Nous avons été cependant quelquefois obligés de modifier notre traitement d'attaque, et cela par manque de streptomycine. Nous avons fait alors : Streptomycine cinquante centigrammes par jour + P.A.S. quinze à dix-sept grammes en moyenne.

Nous avons classé nos 83 observations sous plusieurs rubriques :

A. — Les malades améliorés : 66.

1° Unilatéraux : 25

a) Premier schéma : 23

b) Deuxième schéma : 2

2° Bilatéraux : 40

a) Premier schéma : 32

b) Deuxième schéma : 8

B. — Les malades non améliorés : 15

C. — Les malades intolérants : 3.

Observations

A. - LES MALADES AMELIORES

1° Unilatéraux.

A) *PREMIER SCHEMA :*

30 *grammes.*

OBSERVATION 1

Habiba bent A..., 25 ans — Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 36°8-37°6
P_1 35 kg.
B. K. +
Cuti +
Graphie : D. : image thoracique normale
G. : infiltration macro-nodulaire de la moitié supérieure du poumon.
— P. N. A. impossible par symphyse.
— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 39 kg.
B. K. +
Graphie : D. : image thoracique normale
G. : nettoyage des macro-nodules.

OBSERVATION 2

Aicha bent B..., 20 ans — Malade depuis 4 mois

— à l'entrée :
Température 38°-40°4
P. 35 kg.
B. K. +
Graphie : D. : opacité homogène de tout le poumon
G. : Rien à signaler.
— Plèvres symphysées.
— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 42 kg.
B. K. +
Graphie : D. : mise en évidence d'une vieille lobite sup. rétractile.
Les lobes moyens et inférieurs sont presque complètement nettoyés.
G. : Rien à signaler.

OBSERVATION 3

Ouassila bent Mohamed, 21 ans

— à l'entrée :
Enceinte de 8 mois, grossesse très mal supportée : vomissements incohercibles.
Température 37°-37°6
P. 35 kg.
B. K. +++
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Grosse cavité de la région paraécardiaque s'étendant de la 6me à la 8me côte.

Mise à la strepto, mais on est obligé d'arrêter après 1 gr. 75: vomissements de plus en plus importants ; vertiges.

Accouchement prématuré, enfant vivant en bonne santé. Sitôt après l'accouchement : la malade est remise à la S.O. qui maintenant est très bien supportée.
— Plèvres symphysées.
— Fin de cure :
Température 36°8-37°2
P. 42 kg.

B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : la cavité diminue de volume et ne s'étend plus que de la 7me à la 8me côte.

OBSERVATION 4

Bechir h. Hadj M'harck, 37 ans — Malade depuis 3 mois

— à l'entrée :
Température 37°5-39°2
P. 55 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infilt. macro-nodulaire du lobe sup.
G. : Rien à signaler.

Un P.N.A.D. est tenté 14 jours après le début de la cure, mais abandonné rapidement : il est contro-électif.

— Fin de cure :
Température 36°8-37°3
P. 63 kg.
B. K. +
Graphie : D. : nettoyage des gros nodules, début de rétraction.
G. : Rien à signaler.

— Revu un mois après :
Température 36°8-37°3
P. 65 kg.
B. K. 0
Graphie : D. : la rétraction s'est accentuée, et est devenue très importante
G. : Rien à signaler.

OBSERVATION 5

Kaled h. Mohamed h. Azouz, 18 ans — Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 37°-38°6
P. 58 kg.
B. K. +
Cuti + + +
Graphie : D. : cavité de 2 cm. de diamètre du segment externe du lobe supérieur

G. : Rien à signaler.

— un pneumothorax est créé, et régulièrement insufflé.

— Fin de cure :

Température 36°2-37°4

P. 59 kg.

Graphie : excellent collapsus, la caverne n'est plus visible.

— depuis sa sortie de l'hôpital vient se faire insuffler régulièrement tous les 15 jours — 10 (700) 0

— 16 ( ) 6

— collapsus excellent, la caverne n'est pas radio visible ; le malade ne tousse plus, ne crache plus, B.K.O. au tubage, n'a plus de température, état général excellent.

OBSERVATION 6

Mariem b. Salem, 20 ans — Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :

Température 38°-39°2

P. 46 kg. 500

B. K. +

Graphie : D. : grosse cavité parahilaire avec réaction périfocale importante

G. : Rien à signaler.

— Plèvres symphysées.

— Fin de cure :

Température 36°8-37°2

P. 52 kg.

B. K. 0

Graphie : D. : la cavité est remplacée par une image cicatricielle.

OBSERVATION 7

Hapsia bent Saïd, 20 ans — Malade depuis 4 mois

— à l'entrée :

Température 37°6-39°6

P. 50 kg.

B. K. +

Cuti —

Graphie : D. : R. A. S.

G. : lobite sup. excavée.

— Fin de cure :
Température 37°-37°5
P. 57 kg.
B. K. +
Graphie : D. : R. A. S.
G. : gros nettoyage de la lobite sup., la cavité a diminué de volume, passe de 2 à 1 cm. de diamètre.

OBSERVATION 8

Amara b. Ali Farhat, 25 ans — Malade depuis un an

— à l'entrée :
Température 36°5-38°3
P. 52 kg.
B. K. +
Graphie : D. : lobite sup. totale excavée.
— Plèvres symphysées.
— Fin de cure :
Température 36°8-37°4
P. 58 kg.
B. K. -
Graphie : D. : diminution de l'opacité, les cavités demeurent inchangées.

OBSERVATION 9

Larbi b. Ahdallah, 25 ans — Malade depuis 3 mois

— à l'entrée :
Température 36°9-38°4
P. 47 kg.
B. K. -
Graphie : G. : opacité homogène et excavée de la moitié inférieure du poumon.
— Fin de cure :
Température 36°9-37°4
P. 48 kg.
B. K. +
Graphie : G. nettoyage complet, il subsiste une cavité parahilaire.
— Tentative P.N.A.G. échec : plèvres symphysées.

OBSERVATION 10

Othmann ht Salab..., 32 ans — Malade depuis 1 mois

— à l'entrée :
Température 38°-39°4 - hemoptysie +++
P. 63 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Lobite supérieure, infiltration dense non excavée.
— Création d'un P.N.A.G.
— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 63 kg.
B. K. 0 après homogénéisation
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : collapsus excellent sous le pneumothorax, la lobite supérieure est presque complètement nettoyée.
— Vient se faire insuffler régulièrement, excellent état général, pas de température, pas d'expectoration.

OBSERVATION 11

Mohamed el Hadi h. Snoussi H. Brahim, 23 ans

Début de la maladie impossible à préciser
— à l'entrée :
Température 37°-37°8
P. 48 kg.
B. K. +
V. S. 65
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Lobite supérieure excavée.
— Un pneumothorax est créé.
— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 48 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Poumon bien décollé, gros nettoyage des lésions, diminution du calibre des cavités.

OBSERVATION 12

Mohamed h. Taïek h. Mohamed, 13 ans

Malade depuis 3 mois

— à l'entrée :
Température 36°9-39°5
P. 34 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Lobite supérieure largement excavée.
— Un pneumothorax est créé.
— Fin de cure :
Température 36°8-37°5
P. 38 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : excellent collapsus, mais la cavité reste inchangée.
— le malade sort. et est perdu de vue.

OBSERVATION 13

Abdelkrim h. Salah, 55 ans — Malade depuis un mois

— à l'entrée :
Température 37°8-40°5
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Lobite supérieure très dense, excavée largement.
— Refuse pneumothorax.
— Fin de cure :
Température 36°8-37°4
P. 54 kg.
B. K. —
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Cavité inchangée, gros nettoyage de l'infiltration.

OBSERVATION 14

Ali h. Mohamed Abdallah, 24 ans

Début de la maladie impossible à préciser

— à l'entrée :
Température 36°8-38°3
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : D. : grosse cavité du segment de Fowler et infiltration micro-nodulaire du reste du lobe inférieur.
G. : Rien à signaler.
— Création pneumothorax.
— Fin de cure :
Température 36°8-37°4
P. 61 kg.
B. K. +
Graphie : D. : collapsus excellent, cavité inchangée, les micro-nodules en partie disparus.
G. : I.T.N.
— Après sa sortie, le malade revient pendant deux mois se faire insuffler, puis est perdu de vue.

OBSERVATION 15

Habib h. Ahdallah, 16 ans — Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 37°2-38°
P. 44 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infiltration dense et excavée de la moitié inférieure du poumon.
G. : Rien à signaler.
— Refuse pneumothorax.
— Fin de cure :
Température 37°2-37°8
P. 45 kg.
V. S. 7
B. K. 0

Graphie : D. : gros nettoyage surtout à la périphérie des lésions, les cavités ne sont plus visibles.
G. : Rien à signaler.
— Sort sur sa demande.

OBSERVATION 16

Abdallah b. Ali, 22 ans — Dit être malade depuis 5 jours

— à l'entrée :
Température 37°-38°2
P. 51 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Lobite supérieure très dense.
— Refuse la création d'un pneumothorax.
— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 56 kg.
B. K. -
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : gros nettoyage.

OBSERVATION 17

Mohamed b. Tahar, 25 ans — Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 38°3-39°2
P. 61 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée.
G. : Rien à signaler.
— un pneumothorax est créé.
— Fin de cure :
Température 36°9-37°1
P. 67 kg.
B. K. -
Graphie : excellent collapsus ; sous le pneumothorax le poumon s'éclaircit et les cavités ont diminué de volume.
— Depuis sa sortie, vient régulièrement se faire insuffler, ex-

cellent état général, ne tousse plus, apyrétique, le poumon s'éclaircit de plus en plus, de même que les cavités diminuent de volume.

60 *grammes*.

OBSERVATION 18

Ameur h. Salah h. Ameur, 25 ans

Malade depuis 1 mois, présente à l'entrée une infiltration broncho-pneumonique de la base gauche. Plèvres symphysées.

Après les deux cures espacées d'un mois, la température est presque revenue à la normale, le poids a augmenté de 5 kg. B.K. +. Quant aux lésions pulmonaires, elles sont moins étendues et les taches macro-nodulaires sont moins grosses.

OBSERVATION 19

Ali h. Mohamed h. Othman, 47 ans

Début de la maladie impossible à déterminer, présente une lobite supérieure droite excavée, une forte température.

Après les deux cures de 30 gr. état général très amélioré, gain de poids de 7 kg., malade à peu près apyrétique, un pneumothorax créé a été abandonné parce que contre-latéral, lésions nettoyées, diminution du calibre des cavités.

Le malade sort quelques jours et doit revenir pour une intervention chirurgicale, mais ne s'est plus présenté à l'hôpital.

OBSERVATION 20

Lamari h. Essaid h. Chaffi, 29 ans — Malade depuis 1 mois — à l'entrée :

Température 37°-38°6
P. 66 kg.
B.K. +
Cuti ++
Graphie : D. : Lobite supérieure dense et excavée, infiltration macro-nodulaire floue du lobe inférieur.

— Un pneumothorax est créé.
— Fin de première cure :
Température 37°-37°2
P. 71 kg.
B. K. + après homo
Graphie : D. : Poumon bridé au sommet, un nettoyage du poumon s'est déjà effectué.
— Il est fait un mois 1/2 après la création du pneumothorax une pleuroscopie suivie de section de brides au cours d'une deuxième cure de S.O. à raison de 1 gr. par jour.
— Fin de deuxième cure :
Température 37°-37°2
P. 75 kg.
B. K. 0 après homo
Graphie : D. : excellent collapsus, le poumon s'est encore nettoyé, cavité invisible.
— Depuis sa sortie, le malade vient régulièrement se faire insuffler, excellent état général, ne tousse plus, est apyrétique.

OBSERVATION 21

Mohamed h Hassen h. Hellal, 28 ans - Malade depuis 1 mois

— à l'entrée :
Température 36°9-38°
P. 68 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée.
— Un pneumothorax est créé au cours de la cure de S.O.
— Fin de première cure :
Température 37°-37°2
P. 71 kg.
B. K. +
Graphie : D : système de brides apicales empêchant un bon collapsus mais déjà gros nettoyage des lésions.

Un mois 1/2 après la création du pneumothorax on décide de faire une pleuroscopie au cours d'une deuxième cure de S.O.
— Fin de deuxième cure :
Température 37°-37°3

P. 31 kg.
B.K. 0
Graphie : D : bon collapsus, nettoyage presque complet des lésions, cavité invisible.

— Depuis sa sortie, le malade vient régulièrement se faire insuffler, état général excellent, ne tousse plus, ne crache plus, est apyrétique.

OBSERVATION 22

Draham bt Béchir, 13 ans

La date du début de la maladie est impossible à savoir

— à l'entrée :
Température 37°6-38°8
P. 31 kg.
B.K. +
Graphie : D. : infiltration homogène dense et excavée du segment apical du lobe inférieur.

— Fin de première cure :
Température 37°-37°4 (la température est tombée à 37°-37°4 le lendemain de la première injection de S.O. et s'est maintenue à ce niveau).
P. 34 kg.
B.K. +
Graphie : D. : nettoyage énorme de l'infiltration, la caverne n'est plus visible.

U mois après, cette malade est remise à S.O. 1 gr. pendant 30 jours.

Fin de deuxième cure :
Température 37°-37°4
P. 38 kg.
B.K. 0 après homo
Graphie : D. : image pathologique presque complètement nettoyée.
75 *grammes*.

OBSERVATION 23

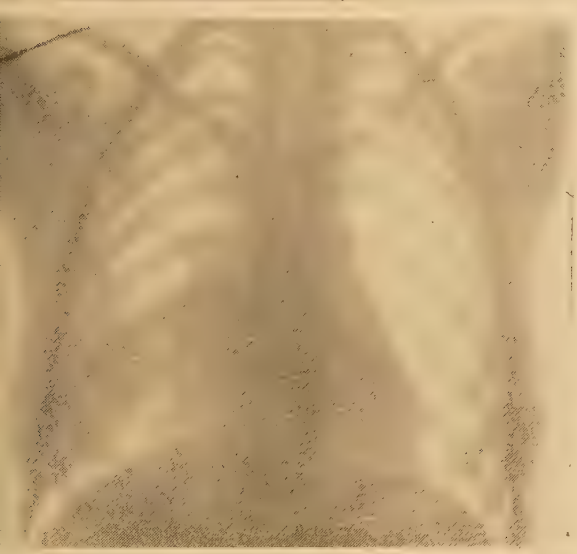
Hedi h. Sadok h. Mahomed b Sassi, 20 ans
Malade depuis un mois 1/2

— à l'entrée :
Température 37°2-38°6

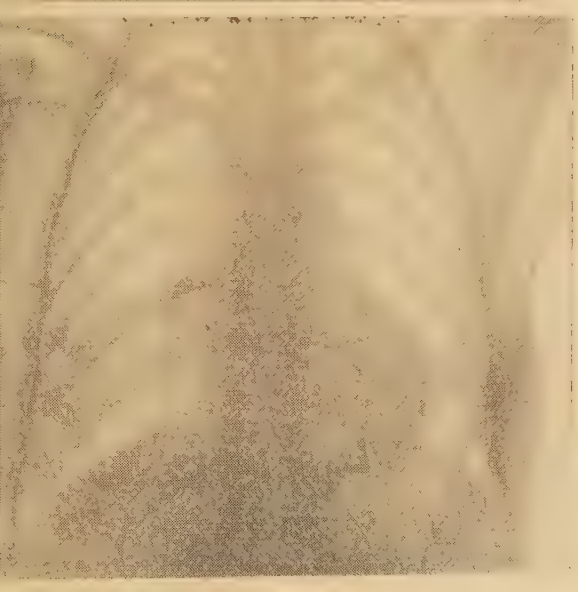
OBSERVATION 22

Draham bent Béchir — 13 ans

1. Infiltration dense et excavée du segment apical du lobe inférieur.

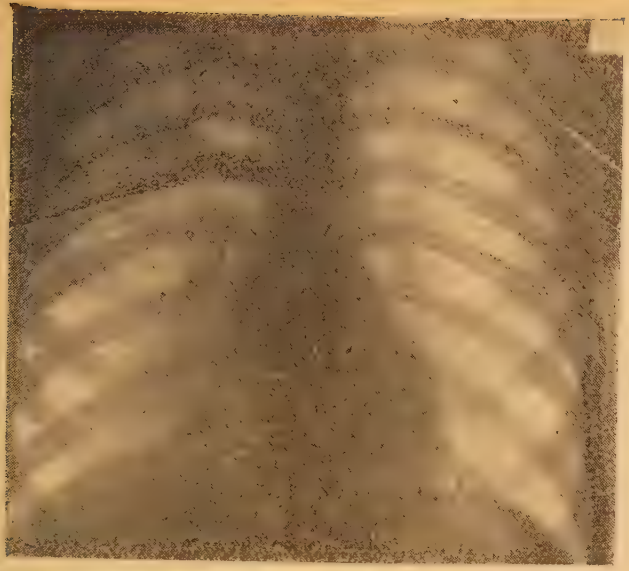


2. Après 30 grammes de streptomycine : nettoyage de l'infiltrat ; caverne invisible.



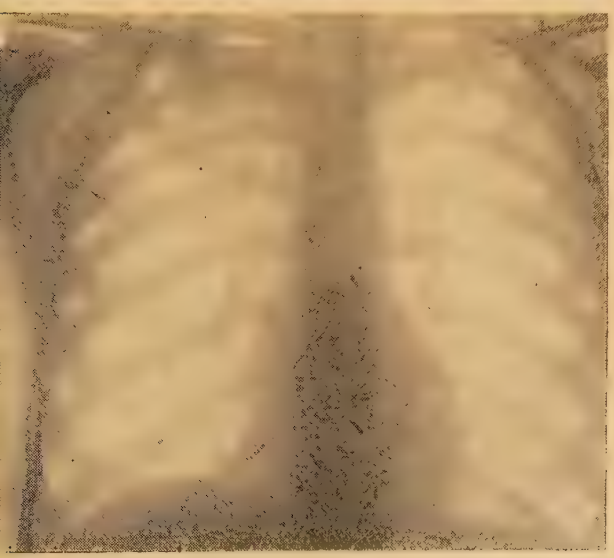
3. Après 60 grammes de streptomycine : nettoyage s'est encore accentué.

OBSERVATION 23
Hédi ben Sadok — 20 ans



1. Infiltration broncho-pneumonique du poumon droit.

2. En cours de cure : le nettoyage est très important.



3. Après 75 grammes de streptomycine : image de lobite supérieure très rétractile.

P. 57 kg.
B. K. + après homo
Cuti + +
V. S. 30
Graphie : D : envahissement macro-nodulaire de tout le poumon ; dans la région apicale quelques taches floues plus grosses.
G. : Rien à signaler.

— Fin de première cure :
Température 37°-37°4
P. 59 kg.
B. K. —
Graphie : D. : énorme nettoyage des taches macro-nodulaires, éclaircissement des grosses taches floues du sommet.

— Un mois de repos avec traitement général polyvitaminé et calcique.
Température 37°-37°6
P. 61 kg.
Graphie : D. : même image, mais une des grosses taches apicales s'excave.

— Reprise de la S.O. 1 gr. par jour, 30 jours.

— Fin de deuxième cure :
Température 37°-37°4
P. 62 kg.
B. K. +
V. S. 7
Graphie : D. : nettoyage à peu près complet de tout le poumon. La cavité apicale a la grosseur d'un pois chiche.

— Un mois de repos avec traitement général :
Température 37°37°4
P. 60 kg.
B. K. + après homo
Graphie : D. : Image de lobite supérieure rétractile, limitée en bas par une ligne scissurale très remontée.

— Reprise S.O. 0 gr. 50 par jour, 30 jours.

— En fin de cure :
Température 36°9-37°1
P. 65 kg.

B. K. 0 après homo
Graphie : D. : éclaircissement de la zone rétractée.
— Ce malade a refusé toute collapsothérapie.

B) *DEUXIEME SCHEMA :*

SO 45 grammes + PAS

OBSERVATION 24

Alih Haneonda h. Ahmed Rid, 24 ans
Se dit malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Laryngite tuberculeuse
Température 37°-38°
P. 60 kg.
B. K. +
Graphie : D. : grosse cavité (5 cm. de diam.) de la région infra cardiaque.
— Fin de première cure : S.O. 30 gr.
Laryngite guérie
Température 37°37°4
P. 64 kg.
B. K. +
Graphie : image identique.
— Sort et revient 2 mois plus tard.
Température 36°6-37°8
P. 63 kg.
B. K. +
Graphie : toujours même image.
— On décide de faire une phrénicectomie et un pneumo-péritoine au cours d'une deuxième cure de S.O., 0 gr. 50 associée à du P.A.S., 15 gr. par jour.
— Fin de deuxième cure :
Température 36°8-37°
P. 65 kg.
B. K. +
Graphie : D. : croissant gazeux sous le diaphragme D qui est bien remonté, la cavité a un peu diminué de volume.

— Le malade sort de l'hôpital et vient régulièrement se faire insuffler. Etat général bon, ne tousse pas, est apyrétique.

SO 15 grammes + PAS.

Ceci s'est passé pendant une période ou notre stock de S.O., ne nous permettait pas d'attribuer aux malades des doses plus importantes d'antibiotique.

OBSERVATION 25

Mohamed b. Laji b. Lakrémi, 18 ans
Malade depuis 1 mois 1/2

— à l'entrée :
Température 37°-38°6
P. 40 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Lobile supérieure déjà dépassée vers la moitié inférieure du poumon.

— Fin de cure :
Température 36°6-37°
P. 44 kg.
B. K. +
Graphie : D. : gros nettoyage de la lobite supérieure, l'essaimage de la 1/2 inf. du poumon a disparu.

— En cours de cure un pneumothorax avait été tenté, mais les 2 feuillets de la plèvre étaient symphysés.

— Le malade est sorti pour quelques jours et doit revenir pour subir une collapsothérapie chirurgicale, mais n'est plus revenu.

2° **Bilatéraux.**

A) *PREMIER SCHEMA :*

30 *grammes.*

OBSERVATION 26

Mohamed b. Habib b. Amor, 17 ans - Malade depuis 9 mois

— Il y a 8 mois création d'un pneumothorax D qui est abandonné, après 30 insufflations, pour bilatéralisation.

— A son entrée :
Température 37°-39°
P. 38 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infiltration dense et excavée des 2/3 inférieurs du poumon.
G. : infiltration macro-nodulaire de la lingula.

— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 42 kg. 500
B. K. +
Graphie : D. : infiltration moins opaque ; quelques petites cavités ne sont plus visibles.
G. : nettoyage des macro-nodules.

OBSERVATION 27

Gamila Bt Moktouf, 20 ans — Malade depuis 7 mois

— à l'entrée :
Température 37°-39°
P. 37 kg.
B. K. +
Cuti ++
Graphie : D. : infiltration broncho-pneumonique excavée de tout le champ pulmonaire.
G. : infiltration macro-nodulaire de la région moyenne presque confluente au niveau de la lingula.

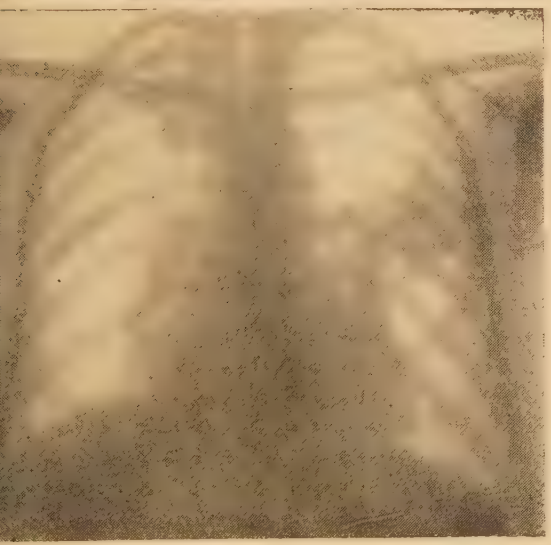
— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 42 kg.
B. K. +
Graphie : D. : gros netoyage , apparition d'une ligne scissurale.
G. : les lésions sont estompées.

— Revient se montrer 2 mois après :
Température 37°-37°4
B. K. +
Graphie : D : nettoyage très accentué.
G. : image presque invisible.

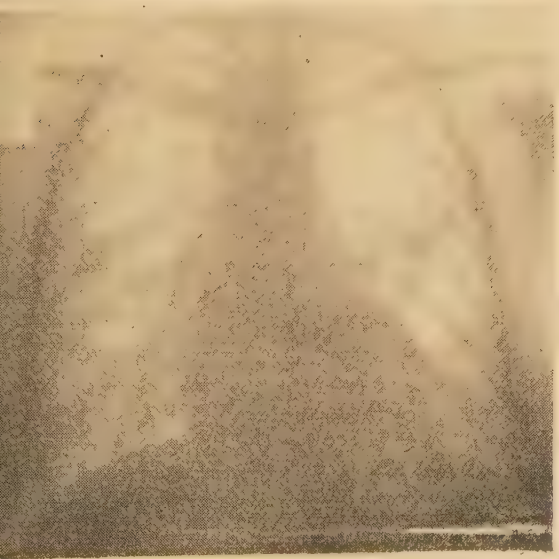
OBSERVATION 27

Jamila bent Maktouf — 20 ans

1. A l'entrée :
   D. Infiltration Br. Pn. excavée.
   G. Infiltration macro-nodulaire de la région moyenne presque confluente au niveau de la lingula.



2. Après 30 grammes de streptomycine : gros nettoyage ; les cavités ne sont plus visibles.



3. Deux mois après la fin de la cure : le nettoyage est encore plus sensible.

OBSERVATION 28

Fathia bt Zahronni, 14 ans

Juillet 1947 : pleurésie droite.

Mai 1948 : cavité (2 cm. de diamètre) de la région parahilaire droite avec quelques taches floues disséminées dans tout le champ pulmonaire droit.

Malgré le traitement général calcique et polyvitaminé et une phrénicectomie, l'état général reste stationnaire, la cavité augmente de volume.

— Avril 1949 :

Température 36°8-37°7
P. 42 kg.
B. K. +
Graphie : D. : grosse cavité parahilaire 12 cm. de haut sur 6 de large, tâches micro-nodulaire, dans le reste du champ pulmonaire.
G. : tâches micro-nodulaires disséminées.

— Fin de cure :

Température 36°8-37°3
P. 44 kg.
B. K. −
Graphie : D. : diminution énorme de la caverne : 6 cm × 2 cm. ; nettoyage des micro-nodules.
G. : les micro-nodules ont disparu.

— Mis au traitement général pendant un mois avec Laroscorbine 1 gr. 50 intra-veineux tous les jours :

Température 36°8-37°4
P. 45 kg.
B. K. + après homo
Graphie : D. : disparition presque complète de la cavité.

— La malade sort, et est suivie en scopie tous les mois. 5 mois après la cure de S.O.

Graphie : G. : sur la face et le profil, il est impossible de retrouver la cavité.

— Excellent état général, apyrétique, pas de toux, ni d'expectation.

B. K. 0

OBSERVATION 29

Beya bt Mohamed, 14 ans

— Août 1948 :

D caverne parahilaire de 6 cm. de diamètre, le traitement général, la création d'un pneumothorax D, d'une phrénicectomie, d'un pneumo-péritoine n'arrivent pas à collaber la lésion et à enrayer l'évolution de la maladie.

— Avril 1949 :

Température 36°9-38°
P. 44 kg.
B. K. +
Graphie : D. : poumon bien collabé, forte surélévation du diaphragme, avec croissant gazeux sous jacent. Cavité toujours identique de forme arrondie, d'environ 6 cm. de diamètre.
G. : infiltration micro-nodulaire.

— Mise à la S.O., 1 gr. par jour pendant 30 jours.

— En fin de cure :

Température 36°9-37°5
P. 47 kg.
B. K. +
Graphie : D. : poumon bien collabé ; la cavité à énormément diminué de volume, elle a 2 cm. de diamètre.
G. : nettoyage des images micro-nodulaires.

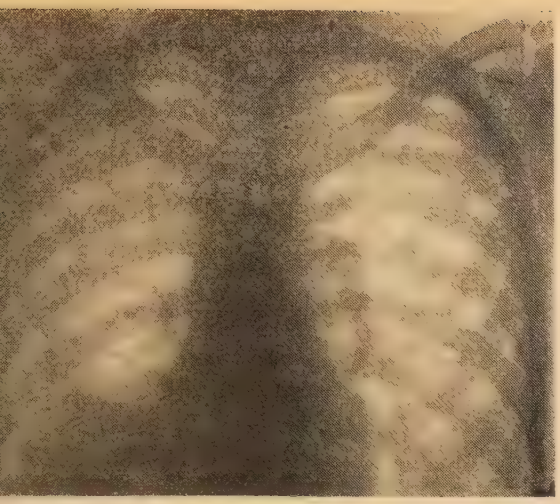
— Mise en traitement général pendant un mois ; en fin de cette période :

Température 37°-37°4
P. 48 kg.
B. K. +
Graphie : D. : poumon bien collabé, la caverne n'est plus visible sur le cliché standard.
G. : disparition des tâches micro-nodulaires.

— La malade sort, et revient se présenter 4 mois après, entre temps, elle a négligé de faire entretenir son pneumothorax.

Température 36°9-37°2
P. 48 kg.
B. K. 0 après homo

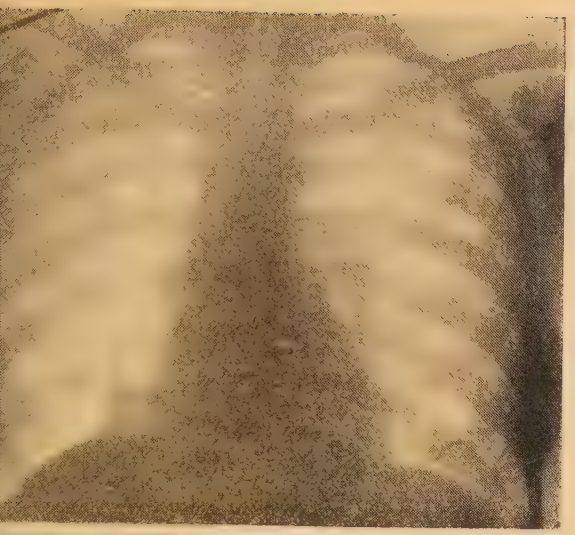
OBSERVATION 28
Fathia bent Zarhouni — 14 ans



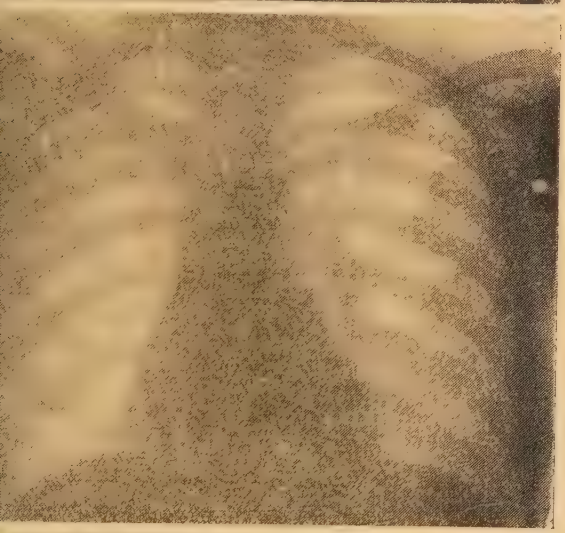
1. Septembre 48 :
   D. Grosse cavité parahilaire : quelques taches micro-nodulaires disséminées.
   G. Accentuation de la trame broncho-vasculaire.

2. Janv. 49 : la cavité a grossi de volume ; taches micro-nodulaires disséminées dans les deux champs.

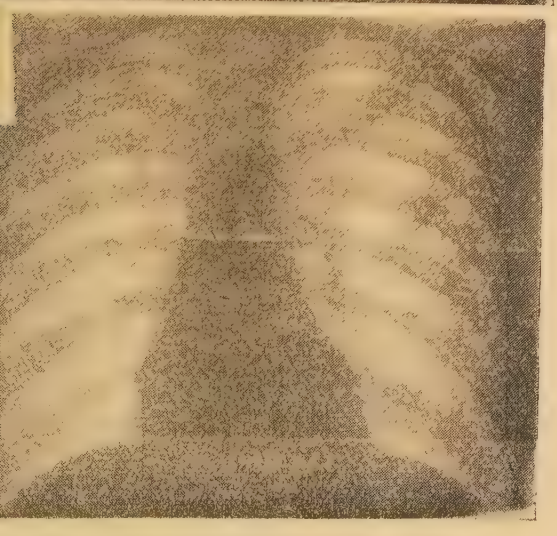
3. Mars 49 : après phrénicectomie D. : ascension du diaphargme ; agrandissement du volume de la cavité ; taches micro-nodulaires plus nombreuses.



4. Avril 49 : après 30 grammes de streptomycine :
   Diminution de la cavité.
   Les micro-nodules ont disparu.

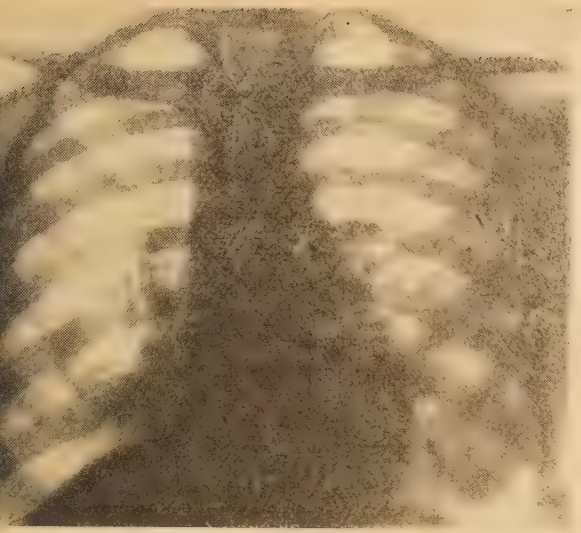


5. Mai 49 : Disparition presque complète de la cavité.



6. Oct. 49 : Image thoracique normale.

OBSERVATION 29
Beya bent Mohamed — 14 ans

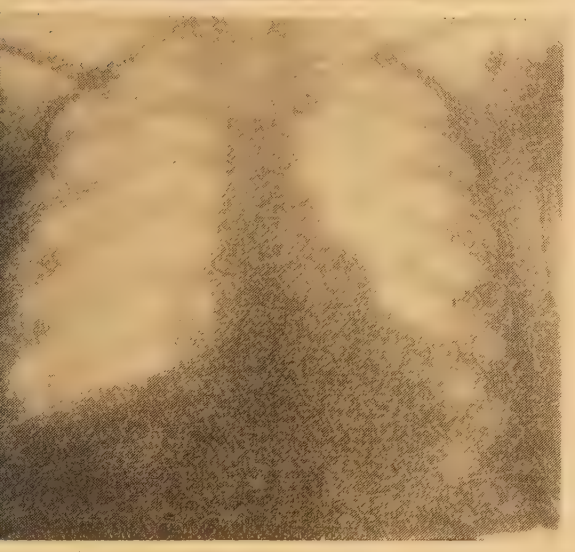


1. Août 48, grosse caverne de la base D.

2. Nov. 48, après la création d'un P. N. A., poumon bien décollé ; caverne soufflée.

3. Mars 49, après phrénicectomie et pneumopéritoine :
   D. Cavité inchangée.
   G. Taches micro-nodulaires.

4. Mars 49, profil droit : caverne inerte sur le diaphragme, légère réaction liquidienne du cul-de-sac post.



5. Avril 49, après 30 grammes de streptomycine, le pneumo-péritoine est abandonné ;
La cavité a diminué de volume. Nettoyage des micro-nodules.

6. Nov. 49, nettoyage des deux champs pulmonaires, caverne invisible ; image de pachypleurite à la base D.

Graphie : D. : poumon revenu à la paroi, cavité invisible.
G. : Rien à signaler.

- Excellent état général.

OBSERVATION 30

Salem h. Slimau b. Khélifa, 27 ans

— La date du début de la maladie est impossible à déterminer ; entré le 26-7-48 dans le service.
— à l'entrée :
Température 37°-38°5
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : D. : lobite supérieure dense.
G. : Rien à signaler.
— Un pneumothorax est créé, suivi immédiatement après d'une réaction liquidienne × liquide séro-fibrineux trouble, hémorragique × Rivalta +, × Alb. 31 %, quelques hématies, nombreux lymphocytes.
B. K. 0
— Le liquide après quelques ponctions se tarit, mais malgré le repos et le traitement général, le 16-9-48 :
Température 37°-39°
P. 50 kg.
B. K. —
Graphie : D. : poumon bien décollé, mais soufflage de 2 cavités qui ont apparues dans la région apicale.
G. : essaimage broncho pneumonique, dans la région moyenne.
— le 6-11-48 : laryngite, crise diarrhéique :
Température 37°3
P. 45 kg.
B. K. +
Graphie : D. : image identique
G. : apparition de spélonques dans la région moyenne.
- le 15-11-48 : ce malade est admis à l'hôpital Charles Micolle, le seul établissement hospitalier en Tunisie, disposant de streptomycine à cette époque.

— Il nous est renvoyé 3 mois après, aprsè avoir reçu 34 gr. de streptomycine.

Température 37°-37°8
P. 66 kg.
B. K. 0 après homo
Graphie : D. : pachypleurite du sommet ; le reste du champ est clair.
G. : poumon sensiblement normal.

— à la sortie du service :

Température 37°-37°4
P. 68 kg.
B. K. C après homo
Graphie : identique à la précédente.

— Ce malade n'est plus revenu.

OBSERVATION 31

Chadli h. Ahmed, 19 ans

Le début de sa maladie remonte à 5 mois. Avant son entrée à l'hôpital, un pneumothorax G avait été créé dans un dispensaire, mais abandonné après la onzième insuflation pour :

réaction liquidienne très importante
épisode fortement fébrile
bilaréralisation.

— A son entrée :

Température 37°-38°
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : lésions disséminées dans les 2 champs pulmonaires.

— Fin de cure :

Température 37°3-37°4
P. 50 kg.
B. K. 0
Graphie : nettoyage des deux champs pulmonaires, quelques petites cavités ont complètement disparues.

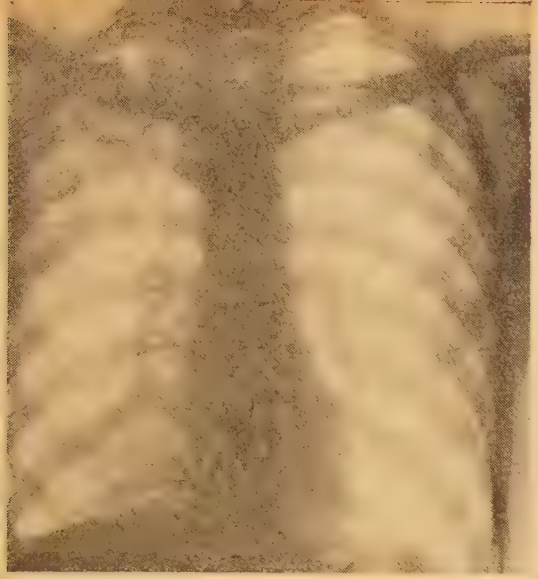
OBSERVATION 32

Rachid h Amar, 35 ans, dit être malade depuis 2 ans

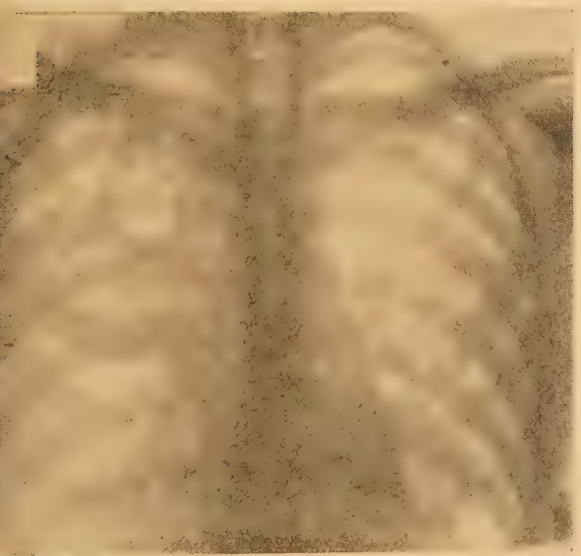
— à l'entrée :

OBSERVATION 30

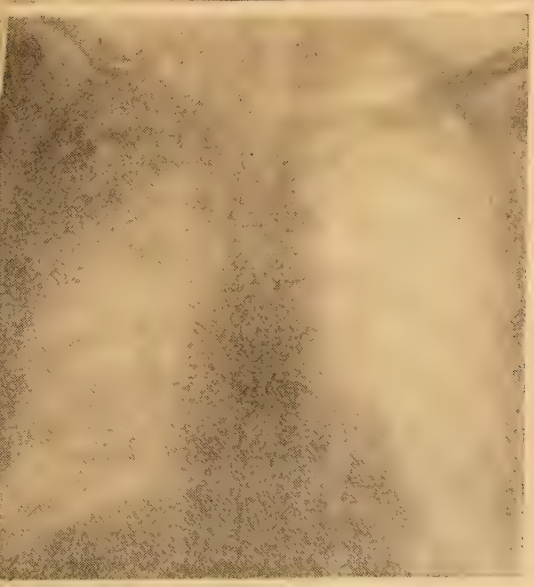
Salem b. Sliman — 27 ans



1. A son entrée : infiltrat broncho-pneumonique de la 1/2 supérieure du poumon droit. Caverne rétro-claviculaire.



2. Avant le début de la cure de streptomycine (4 mois après la graphie précédente). Un P. N. A. est créé depuis quelque temps.
   D. Sous le pneumothorax : deux grosses cavités.
   G. Esaimage Br. Pn. excavé de la lingula.



3. Après 34 grammes de streptomycine, le P. N. A. ayant été abandonné.
   D. Pachypleurite de la région apico-externe.
   G. Image thoracique normale.

Température : 36°8-37°6
P. 59 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée ; quelques micro-nodules dans la moitié inférieure du poumon.
G. : infiltration micro-nodulaire de tout le champ pulmonaire.

— En fin de cure de S.O. à raison de 1 gr. par jour pendant 30 jours :
Température 37°-37°3
P. 62 kg.
B. K. +
Graphie : D. : la lobite supérieure est moins dense, cavités identiques, disparition des images micro-nodulaires.
G. : accentuation de la travée broncho-vasculaire.

— Revu 2 mois après, bon état général, apyrétique, ne tousse et ne crache plus qu'une a deux fois par jour.
Température 37°37°4
P. 62 kg. 500
B. K. 0 après homo
Graphie : D. : rétraction considérable du lobe supérieur.
G. : Rien à signaler.

OBSERVATION 33

Sonad bt Mohamed, 24 ans

Malade depuis deux mois (à la suite d'un accouchement)

— à l'entrée :
Température 37°6-38°
P. 45 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée (2 cm. de diam.)
G. : tâches micro-nodulaires de la lingula.

— Fin de cure :
Température 37°-37°5
P. 47 kg.
B. K. : +

Graphie : D. : gros nettoyage de la lobite supérieure, cavité (1 cm. de diamètre).
G. : image identique.

— Un mois après :
Température 37°-37°2
P. 47 kg.
B. K. +
Graphie : D. : le nettoyage de la lobite supérieure s'est accentué ; cavité inchangée.
G. : nettoyage.

— La malade n'a pas voulu rester dans le service.

OBSERVATION 34

Maamar h. Khelifa, 30 ans — Malade depuis un mois

— à l'entrée :
Température 36°4-38°
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée ; micro-nodules dans tout le reste du champ pulmonaire.
G. : Infiltration micro-nodulaire de la lingula, confluente dans la région pariétale.

— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 64 kg.
B. K. +
Graphie : D. : la cavité n'est plus visible dans la lobite supérieure. Les micro-nodules ont presque complètement disparus.
G. : gros nettoyage de la lingula.

OBSERVATION 35

Hedi h. Sadok h. Lamine, 18 ans — Malade depuis 7 mois

— à l'entrée :
Température 38°-39°6
P. 37 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infiltration dense et homogène de la région infra cardiaque

G. : opacité homogène de tout le champ pulmonaire.

— Fin de cure :

Température 36°8-37°4
P. 38 kg. 500
B. K.+ après homogénéisation
Graphie : D. : poumon clair
G. : persistance d'une zone opaque homogène triangulaire, à sommet hilaire, juxta médiastinale.

OBSERVATION 36

Tahar h. Mustapha, 30 ans
En 45, réformé pour crises d'asthme

Février 48 : image thoracique normale.
Novembre 48 : hémoptysies.
Janvier 1949 : hémoptysies.
Septembre 1949 : hémoptysies, est envoyé à l'hôpital.

— à l'entrée :

Température 37°4-40°
P. 58 kg.
B. K.+
V. S. 19
Graphie : D. : cavité sous claviculaire ; ensemencement micro-nodulaire de tout le champ pulmonaire. Grosse image ganglionnaire entourant et diminuant la lumière de la bronche souche.
G. : petite cavité sous claviculaire. Ensemencement micro-nodulaire.

— Fin de cure :

Température 37°-37°5
P. 64 kg.
B. K.+
V. S. 9
Graphie : D. : caverne identique. Nettoyage des micro-nodules, l'image ganglionnaire a presque complètement disparue.
G. : la cavité n'est plus visible, nettoyage des micro-nodules.

OBSERVATION 37

Abdelkader h. Salah, 18 ans
a fait des hémoptysies récemment

— à l'entrée :
Température 37°3-39°2
P. 50 kg.
B. K.+
Graphie : infiltration miliaire des 2 sommets.
— Fin de cure :
Température 36°9-37°2
P. 55 kg.
B. K. — après homo
Graphie : D. : tâches très estompées
G. : les tâches miliaires sont complètement nettoyées.
— Revu un mois après :
D. : accentuation du tractus broncho-vasculaire dans la région apicale.
G. : image normale.

OBSERVATION 38

Mohamed el Ahassi, 27 ans. — Malade depuis deux mois

— à l'entrée :
Température 37°-39°6
P. 49 kg.
B. K.+
Graphie : infiltration broncho-pneumonique des deux lobes sup. surtout importante à gauche.
— Fin de cure :
Température 37°-37°5
P. 56 kg.
B. K.+
Graphie : D. : gros nettoyage des lésions, légère réaction pleurale axillaire
G. : nettoyage moins important, mais très sensible cependant.

OBSERVATION 39

Mamer h. Khmaïs h. Mohamed, 20 ans
Date de début impossible à savoir

— à l'entrée :
Température 36°6-38°2
P. 52 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infiltration micro-nodulaire du lobe supérieur ; cavité sous claviculaire.
G. : inf. micro-nodulaire de la lingula.
— Fin de cure :
Température 36°9-37°3
P. 58 kg. 500
B. K. +
Graphie : D. : cavité inchangée, léger nettoyage des micro-nodules
G. : début de nettoyage des micro-nodules.

OBSERVATION 40

Hedi h. Abdallah h. Reddjeh, 19 ans
Malade depuis un an et demi

— Il y a 6 mois tentative de pneumothorax G qui échoue : pas de décollement de la plèvre.
— à l'entrée :
Température 36°8-39°2
P. 47 kg.
B. K. +
Graphie : infiltration broncho-pneumonique des deux sommets.
— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 53 kg.
B. K. +
Graphie : les tâches macro-nodulaires ont disparues ; à leur place lésions d'allure fibreuse. Pas d'excavation visible sur le film standard.

OBSERVATION 41

Othman h. Mahomed Zaronani, 52 ans
Dit être malade depuis deux mois

— à l'entrée :
Température 36°8-37°2
P. 51 kg.
B. K. +
V.S. 56
Graphie : D. : lobite supérieure excavée
G. : infiltration macro-nodulaire de la lingule.
— Fin de cure :
Température 36°8-37°
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : D. : cavité identique, mais l'infiltration de la lobite supérieure est moins opaque aux rayons X.
G. : gros nettoyage.

OBSERVATION 42

Belgacem h. Mohamed Rebai, 20 ans — Malade depuis 7 mois

— à l'entrée :
Température 36°8-38°4
P. 51 kg.
B. K. +
Graphie : D. : cavité sous claviculaire (4 cm. × 2 cm.) ; inlfitration macro-nodulaire prédominant surtout dans la 1/2 supérieure.
G. : infiltration macro-nodulaire presque confluente de la lingula.
— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : D. : la cavité est inchangée, l'infiltrat a complètement disparu, sauf dans le lobe supérieur ou il est cependant moins dense, lobe qui est limité en bas par une scissure. Au niveau de cette scissure : 3 petites cavités juxtaposées.
G. : disparition presque complète de l'infiltrat.

OBSERVATION 43

Mohamed ben Makrouk b. Khemaïa, 35 ans
Malade depuis 7 mois

— à l'entrée :
Température 38°2-39°8
P. 54 kg.
B. K. +
Cuti + + -
V. S. 45
Graphie : G. : Lobite supérieure excavée (4 cm. de diamètre.
D. : Lobite supérieure.
— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : D. : nettoyage des lésions
G. : image de lobite supérieure identique, la cavité a toutefois diminuée de taille, son diamètre passe de 4 à 2 cm.

OBSERVATION 44

Mosbah b. Brahim h. Mosbah, 20 ans — Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 37°4-39°
P. 45 kg.
B. K. +
V. S. 24
Graphie : D. : infiltration homogène de la base sous-jacente à une légère réaction pleurale axillaire.
G. : infiltration homogène du segment apical du lobe supérieur.
— Fin de cure :
Température 36°9-37°2
P. 54 kg.
B. K. +
Graphie : D. : la pleurésie axillaire a disparue, au-dessous le poumon s'est un peu nettoyé.
G. : nettoyage presque complet du segment apical du lobe inférieur.

OBSERVATION 45

Ali b. Amara Kléhili, 28 ans — Malade depuis 4 mois

— à l'entrée :
Température 36°9-38°
P. 48 kg.
B. K. +
Cuti + + +
Graphie : D. : infiatration broncho-pneumonique macro-nodulaire surtout importante dans le 1/3 inférieur.
G. : lobite supérieure multi excavée.

— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 53 kg.
B. K. :
Graphie : D. : 2/3 sup. nettoyage complet
1/3 inf. nettoyage très important
G. : lobe supérieur moins opaque aux rayons X, certaines petites cavités ne sont plus visibles.

OBSERVATION 46

Hamadi b. Belgacem, 18 ans
Impossible de déterminer la date de début de la maladie

— A l'entrée :
Température 38°-38°9
P. 45 kg.
B. K. +
V. S. 72
Graphie : Lobites supérieures bilatérales excavées.

— Fin de cure :
Température 37°1-37°3
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : les lobites sont moins denses, les cavités sont inchangées.

OBSERVATION 47

Chaaham b. Salah, 22 ans

— Malade porteur d'un pneumothorax créé depuis 6 mois bien entretenu depuis.

— à l'entrée :
Température 37°-38°
P. 54 kg
Graphie : D. : infiltration micro-nodulaire de la région apicale
G. : le poumon collabé avec cavité apicale.
— Fin de cure :
Température 37°-37°4
P. 58 kg.
B. K. -
Graphie : D. : disparition presque complète de l'infiltration.
G. : poumon bien collabé, la taille de la cavité a diminué de moitié.

OBSERVATION 48

Belgacem b. Abdelhafid, 25 ans - Malade depuis 11 mois

— à l'entrée :
Température 37°-37°8
P. 60 kg.
B. K. +
Graphie : D. : lobite supérieure
G. : grosses tâches floues disséminées dans tout le champ pulmonaire.
— Fin de cure :
Température 37°-37°3
P. 67 kg.
Graphie : D. : éclaircissement de la lobite supérieure ; ascension de la scissure
G. : les grosses tâches floues ont disparues, dans la 1/2 supérieure ; en bas, nettoyage moins complet.

OBSERVATION 49

Mohamed b. Armonda h. Hadj Ali, 26 ans
Malade depuis 3 mois

— à l'entrée :
Température 38°-39°
B. K. +

Graphie : broncho-pneumonie micro-nodulaire bilatérale ; grosse cavité de la région parahilaire G.

— Après S. O. : 30 grammes.
Température 36°8-37°3
P. 51 kg.
B. K. +
Graphie : gros nettoyage ; diminution de la taille de la cavité.
60 *grammes.*

OBSERVATION 50

Chabbia bi Boubakir, 14 ans — Malade depuis 20 jours

— à l'entrée :
Température 38°3-39°2
P. 41 kg. 500
Cuti ++
B. K. +
Graphie : D. : ensemencement micro-nodulaire de tout le champ ; deux cavités : une sous claviculaire, une autre dans la région moyenne.
G. : ensemencement micro-nodulaire.

— Fin de première cure : 30 gr.
Température 36°8-37°4
P. 43 kg.
B. K. +
Graphie : D. : lobe supérieur complet ; cavité inchangée ; cavité disparue dans la moitié inférieure inférieure du poumon ; les nodules sont estompées.
G. : image sensiblement identique.

— sort de l'hôpital et ne revient dans le service que 3 mois plus tard.
Température 36°9-37°4
P. 49 kg.
B. K +
Graphie : D. : la cavité a diminué de volume, de 5 à 1 cm. de diamètre ; travées broncho-vasculaires disséminées dans tout le champ.

G. : les images micro-nodulaires ont disparues.

— Remise à S.O. 1 gr. pendant 30 jours.
— En fin de deuxième cure :
Température 37°-37°4
P. 51 kg.
B. K. 0
Graphie : D. : la cavité a necore dimnuée de volume (1 cm à 5 mm.), les travées broncho-vasculaires sont moins denses
G. : image pulmonaire normale.

OBSERVATION 51

Moktar b. Sadok b. Ahmed, 20 ans - Malade depuis 2 ans

— Présente une tuberculose ulcéro-fibreuse banale ; un pneumothorax G a été créé 2 mois après le début de sa maladie, mais abandonné à la 8me insufflation (réaction séro-fibreuse +++) ; fait deux séjours espacés de 4 mois à l'hôpital, à l'occasion de poussées évolutives, chaque fois, cure de S.O. La première fois 30 gr., la deuxième, 30 gr.
— Après la première cure : effet remarquable sur température, poids, état général et sur les lésions...
— Après la deuxième cure l'effet est beaucoup moins spectaculaire.
— Gain de poids total de 6 kg.

OBSERVATION 52

Larbi B. Youssef, 20 ans - Malade depuis 7 mois

— à l'entrée :
Température 37°6-40°2
P. 46 kg.
P. 47 kg.
Cuti +
Graphie : D. : grosse cavité de la base (5 cm. de diamètre) ; micro-nodules disséminés, pleurésie axillaire.
G. : infiltration dense et homogène de la lingula, au-dessus, et au-dessous, micro-nodules.

— Fin de la première cure :
Température 37°-37°5
P, 50 kg.
B. K. +
Cuti ++
Graphie : D. : la taille de la caverne est passée de 5 à 2 cm. de diamètre ; nettoyage des micro-nodules. Réaction pleurale presque disparue.
G. : les micro-nodules ont disparu, l'infiltration de la lingula se nettoie à la périphérie.
— Un mois de traitement général :
Température 36°8-37°6
P. 49 kg. 500
B. K. +
Graphie : D. : image sensiblement identique.
G. : opacité moyenne s'éclaircit.
— reprise S.O. 1 gr. pendant 30 jours.
— En fin de deuxième cure :
Température 37°-37°4
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : D. : la cavité a 1 cm. de diamètre, pachy pleurite de la base.
G. : éclaircissement de la lingula.

OBSERVATION 53

Hassen b. Sadok b. Messaoud, 22 ans - Malade depuis 4 mois

— Un pneumothorax D est créé dans un dispensaire de la ville il y a 2 mois.
— à l'entrée :
Température 36°-38°3
P. 58 kg.
B. K. +
Cuti ++
Graphie : D. : pneumothorax contro-électif, plèvres symphysées en regard d'une lobite supérieure excavée.
G. : Rien à signaler.

— Le pneumothorax est abandonné ; le malade est mis au traitement général, qui est sans influence sur la température et le poids.
— Puis, la température se met à monter, oscillant entre 38° le matin et 40° le soir, le malade maigrit de 3 kg. 5 en 10 jours.
Graphie : D. : le poumon est revenu à la paroi ; image de lobite supérieure largement excavée.
G. : infiltration dense et homogène de la lingula.
— Aussitôt le malade est mis à la S.O., 2 jours après, sa température est à 36°8-37°6.
— En fin de première cure :
Température 36°8-37°4
P. 58 kg.
B. K. +
Graphie : D. : image identique
G. : éclaircissement de l'image de condensation moyenne.
— En fin de deuxième cure :
Température 37°-37°3
P. 58 kg.
B. K. +
Graphie : D. : rétraction de la lobite supérieure et diminution de la cavité.
G. : le nettoyage est presque complet.

OBSERVATION 54

Amar b. Hedi h. Ali, 22 ans - Malade depuis un an

— à l'entrée :
Température 37°-38°
P. 47 kg.
B. K. +
V. S. 72
Graphie : infiltration micro-nodulaire bilatérale, surtout marquée à droite ; grosse image arrondie à contours flous, très opaque dans la région juxta hilaire.

— Fin de première cure :
Température 37°-37°6
P. 50 kg.
B. K. +
V. S. 11
Graphie : D. : disparition des micro-nodules ; à la place de l'image arrondie, caverne avec réaction périfocale.

— Fin de la deuxième cure :
Température 37°-37°2
P. 53 kg.
B. K. 0
V. S. 6
Graphie : D. : à la place de la cavité : image cicatricielle; accentuation du tractus broncuo-vasculaire.
G. : nettoyage complet.

OBSERVATION 55

Zohra bt Brahim, 22 ans - Malade depuis 1 mois

— à l'entrée :
Température 37°-38°2
P. 54 kg.
B. K. +
Cuti ++
Graphie : tuberculose bilatérale broncho-pneumonique micro-nodulaire.
Enceinte de 5 mois.

— Fin de la première cure :
Température 37°-37°2
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : gros nettoyage des lésions.

— La malade sort, et au lieu de revenir un mois après ne revient que 3 mois plus tard :
Température 37°2-38°
B. K. +
Graphie : accentuation du tractus broncho vasculaire, mais une cavité de 5 cm. de diamètre s'est creusée sous la clavicule G.

OBSERVATION 33

Hassen ben Sadok — 22 ans

1. A l'entrée : P. N. A. D. contro-électif ; plèvres symphysées en regard d'une lobite supérieure droite.

2. Un mois après, le malade a subi seulement un traitement général, le P. N. A. est abandonné.
   D. Poumon revenu à la paroi ; image de L. S. excavée.
   G. Infiltration dense et homogène de la lingula.

3. Après 60 grammes de streptomycine :
   D. Rétraction de la lobite sup., et diminution de la cavité.
   G. Nettoyage très important.

— Remise à la S.O., mais 7 jours plus tard, est dirigée vers la maternité qui nous la renvoie 5 jours après (accouchement normal, épisiotomie), remise immédiatement au traitement.
— En fin de deuxième cure :
Température 37°-37°4
P. 56 kg.
B. K. –
Graphie : la cavité a diminué de taille passe de 5 à 1 cm., quant au reste du champ pulmonaire son image est identique à celle de la radio précédente.

OBSERVATION 56

Mohamed b. Mohamed, 18 ans- Malade depuis 5 mois

— Traité par irradiation ultra-violettes pour adénite cervicale.
— à l'entrée :
Température 36°8-39°
P. 44 kg. 500
B. K.
Paquet ganglionnaire cervical.
Graphie : D. : infiltration macro-nodulaires du lobe supérieur limitée en bas par une réaction périscissurale intense.
G. : infiltration micro-nodulaire ; pleurésie axillaire.
— Après les deux cures de S.O. :
Température 37°-37°4
P. 51 kg.
B. K. + après homo
Le paquet ganglionnaire cervical a sensiblement le même volume.
Graphie : D. : l'infiltration macro-nodulaire du lobe supérieur est beaucoup moins visible, la réaction périscissurale beaucoup moins intense et étendue.
G. : nettoyage complet des micro-nodules ; pleurésie identique.

OBSERVATION 57

Aziza Dride, 11 ans - Malade depuis une quinzaine de jours

— à l'entrée :
Température 38°-39°
P. 22 kg.
L.C.R. normal.
B. K. + après homo
Graphie : granulie.
— Après deux cures de 30 gr.
Température 36°9-37°2
P. 28 kg.
L.C.R. normal.
B. K. 0
Graphie : les tâches miliaires ont presque complètement disparues.
— Sort et ne revient que 3 mois plus tard.
— Après une nouvelle cure de S.O. a raison de 1 gr. par jour pendant 30 jours :
Température 37°-37°3
P. 30 kg.
B. K. 0
Graphie : disparition complète de toute image pathologique.
— Revue tous les mois, excellent état général, ne tousse pas, ne crache pas, B. K. 0, est apyrétique, à la scopie, image thoracique normale. La date d'hospitalisation de cette petite malade remonte à 9 mois.

B) *DEUXIEME SCHEMA :*
SO 15 grammes + PAS.

OBSERVATION 58

Mohamed b. Moncef, 20 ans - Malade depuis 1 an

— à l'entrée :
Température 37°4-39°
P. 54 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infiltration micro-nodulaire légère du lobe supérieur.

G. : volumineuse caverne de 8 cm. 1/2 de diamètre entourée d'une réaction périfocale assez importante.

— En fin de cure :

Température 37°-37°5
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : D. : important nettoyage.
G. : la cavité a 5 cm. de diamètre, la réaction périfocale a disparu.

OBSERVATION 59

Ahmed b. Brahim, 28 ans

— Malade traité dans un dispensaire, envoyé dans le service pour section de brides d'un pneumothorax G créé depuis 2 mois.

— à l'entrée :

Température 36°8-37°8
P. 51 kg.
B. K. +
Graphie : D. : léger infiltrat micro-nodulaire dans le lobe supérieur limité en bas par une scissurite.
G. : poumon bridé au sommet ; sous jacente à la bride et juxta pariétale, énorme cavité de 8 cm. de diamètre, une seconde cavité de 2 cm. de diamètre dans le 1/3 inf.

— De peur d'une perforation, et les traitements médicaux ayant échoués, le pneumothorax est abandonné.

— Le malade mis à la S.O. + P.A.S.

— En fin de cure :

Température 36°8-37°2
P. 55 kg.
B. K. +
Graphie : D. : léger nettoyage des micro-nodules.
G. : le poumon est presque revenu à la paroi. Image pulmonaire identique.

OBSERVATION 60

Mohamed b. Sakok b. Belgacem, 21 ans - Malade depuis 1 an

— à l'entrée :
Température 37°-38°5
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : D. : tâches macro-nodulaires disséminées ; image hydro aérique arrondie, sous claviculaire de 5 cm. de diamètre.
G. : quelques macro-nodules disséminés.

— Fin de cure :
Température 36°9-37°2
P. 53 kg. 500
B. K. +
Graphie : D. : image annulaire de perte de substance sous la clavicule diminuée de taille, images macro-nodulaires estompées.
G. : nettoyage des macro-nodules.

SO 45 grammes + PAS.

OBSERVATION 61

Hedi b. Hassine b. Allala Macef, 23 ans - Malade depuis 2 ans
Tentative de pneumothorax G il y a 6 mois, plèvres symphysées.

— à l'entrée :
Température 38°-39°
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : D. : infiltration macro-nodulaire du lobe supérieur.
G. : lobite supérieure dense et multi-excavée.

— Fin de première cure :
Température 37°-37°5
P. 55 kg.
B. K. +
Graphie : D. : effacement important des macronodules.
G. : gros nettoyage et diminution en taille des cavités.

— Un mois après :

Température 37°-37°9
P. 57 kg.
B. K. +
Graphie : D. : nettoyage presque complet des macro-nodules.
G. : infiltration dense et homogène de la lingula ; au-dessus, images floues.

— Après la deuxième cure :
Température 37°-37°4
P. 59 kg.
B. K. +
Graphie : D. : images de sclérose disséminées.
G. : lingula éclaircie, au-dessus, images estompées.

OBSERVATION 62

Ali b. Amar, 20 ans

Malade porteur d'un pneumothorax G créé depuis 2 mois
— à l'entrée :
Température 37°5-40°
P. 50 kg.
B. K. +
V. S. 116
Graphie : D. : 2 grosses tâches floues dans la région moyenne.
G. : plèvres symphysées à la base ; infiltrat micro-nodulaire disséminé, surtout dense dans la région para-hilaire.

— Le pneumothorax est abandonné.
— En fin de première cure :
Température 37°-37°7
P. 54 kg.
B. K. +
V. S. 37
Graphie : D. : effacement presque complet des deux grosses tâches.
G. : poumon presque complètement revenu à la paroi, gros éclaircissement des images micro-nodulaires ; la zone opaque para-hilaire a disparue.

— Le malade sort sur sa demande et revient un mois après :

Température : 37°2-37°5
P. 53 kg.
B. K. +
Graphie : le nettoyage s'est encore accentué dans les deux poumons.

— Remis à la S.O. + P.A.S.
— Fin de deuxième cure :
Température 37°-37°3
P. 53 kg. 500
B. K. 0
V. S. 1
Graphie : le nettoyage s'est encore accentué.

OBSERVATION 63

Abdelhafid b. Mohamed, 16 ans
Date de début de la maladie impossible à déterminer

— à l'entrée :
Température 37°2-37°9
P. 47 kg.
B. K. +
V. S. 18
Cuti + + +
Graphie : D. : infiltration dense et homogène de la région infracardiaque ; image scissurale.
G. : tâches micro-nodulaires disséminées, peu nombreuses.

— Fin de première cure :
Température inchangée
P. 49 kg.
B. K. +
Graphie : D. : léger nettoyage
G. : nettoyage complet.

— Sort et revient dans le service 1 mois après :
Température 36°8-37°3
P. 48 kg.
B. K. +
V. S. 8
Graphie : D. : le nettoyage s'est accentué
G. : Rien à signaler.

— Remis à S.O. + P.A.S.
— Fin de la deuxième cure :

Température 36°9-37°3
P. 51 kg.
B. K. +
Graphie : D. : nettoyage encore accentué ; déformation du diaphragme en toile de tente.
G. : Rien à signaler.

OBSERVATION 64

Azzedin b. Azonz, 23 ans - Malade depuis 3 mois

— à l'entrée :
Température 36°6-37°8
P. 57 kg.
B. K. +
Graphie : semis macro-nodulaire bilatéral, surtout dense dans les régions apicales.
— Fin de la première cure :
Température 36°8-37°3
P. 59 kg.
B. K. +
Graphie : gros nettoyage des macro-nodules.
— sort, revient 1 mois plus tard :
Température 36°8-37°2
P. 61 kg.
B. K. +
V. S. 6
Graphie : nettoyage sensible par rapport à la radio précédente.
— Remis S.O. + P.A.S.
— Fin de la deuxième cure :
Température 36°8-37°2
P. 62 kg.
B. K. +
Graphie : tuberculose fibreuse des deux sommets, pas de cavité visble sur le film standard.
— le malade est envoyé en Sana en France.

OBSERVATION 65

Mohamed b. Brahim b. Ali, 29 ans - Malade depuis 2 ans

— à l'entrée :

Température 36°8-37°6
P. 54 kg.
B. K. +
V. S. 16 1/2
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée et rétractile, coudure de la trachée ; micro-nodules dans le reste du champ pulmonaire.
G. : micro-nodules disséminés.

— Fin de la première cure :
Température 36°9-37°3
P. 66 kg.
B. K. + après homo
Graphie : D. : le volume de la cavité a diminué de moitié, la trachée présente la même coudure, tâches micro-nodulaires estompées.
G. : tâches micro-nodulaires estompées.

— sort, revient un mois après pour collapsothérapie chirurgicale :
Température 37°-37°3
P. 67 kg.
B. K. + après homo
V. S. 3
Graphie : D. : cavité identique ; les micro-nodules ont presque complètement disparus.
G. : nettoyage presque complet.

— Remis à S.O. + P.A.S.

— Au bout d'une dizaine de jours dirigé sur un service de chirurgie pour collapsothérapie.

B. - LES MALADES NON AMELIORES

1° Unilatéraux.

30 *grammes de streptomycine.*

OBSERVATION 66

Manouhi b. Sliman, 17 ans - Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 37°8-39°2
P. 52 kg.

B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : infiltration dense et homogène de la lingula.

— Après S.O., 30 gr. (2 tentatives de pneumothorax ont échouées) :
Température 37°-38°
P. 52 kg.
B. K. —
Graphie : D. : infiltration micro-nodulaire de la région moyenne.
G. : même image.

OBSERVATION 67

Salah b. Alimed b. Amor, 35 ans - Malade depuis 1 mois

— A son entrée, laryngite hautement fébrile.
Graphie : D. : Lobite supérieure excavée et dépassée.
— Une cure de 30 gr. de S.O. provoque une légère diminution de la température, le poids reste inchangé.
Graphie : l'infiltration micro-nodulaire a gagné toute la moitié inférieure du poumon D. Pneumothorax impossible.
La laryngite a un peu diminué d'intensité.

2° **Bilatéraux.**

A) *PREMIER SCHEMA :*

30 *grammes.*

OBSERVATION 68

Tahar b. Ahmed b. Salah, 17 ans - Malade depuis 2 mois

— à l'entrée :
Température 38°-39°
P. 42 kg.
B. K. +
Graphie : broncho-pneumonie macro-nodulaire bilatérale.

— En fin de cure :
Température 36°8-37°2
P. 40 kg.
B. K. +
Graphie : les macro-nodules sont devenus presque confluents.

OBSERVATION 69

Ali b. Mohamed b. Dabiche, 18 ans

— a fait une pleurésie il y a un an.
— à l'entrée :
Température 37°-39°5
P. 49 kg.
Graphie : infiltration macro-nodulaire peu dense, bilatérale.
— En fin de cure :
Température 37°-37°8
P. 56 kg.
B. K. +
Graphie : les macro-nodules sont beaucoup plus nombreux, quelques images de perte de substance.
— Le malade sort sur sa demande et nous apprenons que trois mois après sa sortie le malade meurt de méningite tuberculeuse aiguë.

OBSERVATION 70

Amara b. Ali, 33 ans - Malade depuis 2 ans

— A l'entrée :
Température 38°4-39°5
P. 52 kg.
B. K. +
Graphie : infiltration micro-nodulaire bilatérale, avec grosse cavité apicale gauche.
— En fin de cure :
Température 36°9-37°6
P. 55 kg.
B. K. +
Graphie : images identiques.

OBSERVATION 71

Amor b. Hachemi, 19 ans - Malade depuis 5 ans

— Présente une tuberculose fibro-ulcéreuse bilatérale subfébrile, la cure de 30 gr. de S.O. n'a aucun effet ni sur la température, ni sur le poids, ni sur les lésions.

OBSERVATION 72

Khena bt Salah, 15 ans - Malade depuis 1 an

— A fait une pleurésie droite, une pneumoséreuse fut tentée, mais les plèvres ont symphysés, présente une grosse cavité au sommet D et un semis macro-nodulaire léger à G.
— Après 30 gr., la température est tombée de 39°-40° aux environs de 37°, mais le poids de la malade est resté stationnaire et les lésions ont continué à évoluer, les deux champs pulmonaires sont parsemés de tâches macro-nodulaires.

OBSERVATION 73

Brik b. Ahmed b. Mohamed, 35 ans

— Tuberculose fibro-ulcéreuse datant de 2 ans 1/2 en poussée évolutive macro-nodulaire ; la S.O. a raison de 1 gr. par jour pendant 30 jours, n'a aucun effet ni sur la température, ni sur le poids, ni sur les lésions.

OBSERVATION 74

Hedi b. Abdallah, 24 ans - Malade depuis 1 an 1/2

— Présente une tuberculose fibro-ulcéreuse bilatérale, à peu près apyrétique à son entrée. Après S.O. 30 gr., légère amélioration de l'état général, le gain de poids est de 1 kg., mais aucun efiet sur la température et sur les lésions.

OBSERVATION 75

Ahmed b. Romdam, 40 ans - Malade depuis 7 mois

— Présente une tuberculose fibreuse des deux sommets, 30 gr. de S.O. n'a aucun effet ni sur la température, ni sur le poids, ni sur l'aspect radiographique des lésions.

OBSERVATION 76

Messaoud b. Ali, 20 ans
Début de la maladie impossible à déterminer

— A l'entrée :
Température 37°-39°8
P. 48 kg.
B. K. +
Graphie : D. : semis macro-nodulaire limité à l'apex et à la base.
G. : opacité dense et homogène de tout le poumon.

— En fin de cure :
Température 37°-38°
P. 50 kg.
B. K. +
Graphie : D. : le semis macro-nodulaire a gagné toute l'étendue du poumon et est presque confluent au sommet et à la base.
G. : image identique.

OBSERVATION 77

Mohamed b. Hamida, 30 ans
Début de la maladie impossible à préciser

— Présente une broncho-pneumonie macro-nodulaire bilatérale tuberculeuse. Après 30 gr. de S.O. aucun effet sur la température, les macro-nodules sont devenus presque confluentes.

60 *grammes.*

OBSERVATION 78

Rachida bt Tahar, 21 ans - Malade depuis 4 mois

— A l'entrée :
Température 37°-39°8
P. 41 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Infiltration dense et homogène du sommet gauche.

— Mise à S.O. 1 gr. par jour ; dès le 8ème jour, la température est à 36°8-37°2 et se maintient aux environs de 37° jusqu'à la fin de la première cure.

Température 36°6-37°1
P. 42 kg.
B. K. +
Graphie : D. : Rien à signaler.
G. : Opacité dense et homogène de tout le champ pulmonaire ; apparition de deux cavités de 2 cm. de diamètre dans la région sous claviculaire.

— La malade sort, et revient 1 mois après :

Température 37°4-39°3
P. 42 kg.
B. K. +
Graphie : image identique à la précédente.

— Fin de la deuxième cure :

Température 37°6-39°4
P. 40 kg.
B. K. +
Graphie : D. : léger semis macro-nodulaire.
G. : les cavités ont conflués donnant une cavité de 6 cm. de diamètre, le reste du champ pulmonaire est toujours opaque.

— A sa sortie : 20 jours après la fin de la deuxième cure :

Température 37°-40°
P. 32 kg.
B. K. +
Graphie : D. : les macro-nodules sont beaucoup plus nombreux.
G. : dans un poumon toujours opaque la cavité a encore grossi de volume : elle a près de 10 cm. de diamètre.

B) *DEUXIEME SCHEMA :*

OBSERVATION 79

Ahdelaziz h. Youssef b. Ali, 30 - Malade depuis longtemps

— Présente une tuberculose fibro-ulcéreuse localisée aux deux sommets. Reçoit 2 cures de S.O., la première à raison de 1 gr. par jour pendant 30 jours, la seconde 0 gr. 50 par jour

pendant 30 jours, associée à du P.A.S. Ces deux cures n'ont eu aucune influence sur l'aspect radiologique des lésions. Cependant une légère amélioration de l'état général lors de la deuxième cure avec l'association S.O. + P.A.S.

OBSERVATION 80

Belgacem h. Ali h. Maamen, 27 ans

Dit être malade depuis deux mois

— Hautement fébrile :
Graphie : D. : une lobite supérieure dépassée.
G. : une infiltration macro-nodulaire de la lingula.
— Reçoit deux cures : S.O. 1 gr. par jour pendant 30 jours ; S.O. 0 gr. 50 par jour pendant 30 jours + P.A.S. 17 gr. en moyenne, avec un intervalle libre de 15 jours entre les deux cures.
— Ces deux cures n'ont eu aucun effet : ni sur la température, ni sur le poids, quant aux lésions, elles ont continué à s'étendre.

III. - LES MALADES INTOLERANTS

OBSERVATION 81

Mahrouka bt Taïeh, 20 ans - Malade depuis 2 mois

— A l'entrée :
Température 39°-40°5
P. 35 kg.
B. K. +
Graphie : broncho-pneumonie bilatérale.
— Arrêt après 15 gr. de S.O., troubles vertigineux intenses.
— A ce moment :
Température 36°8-38°
P. 37 kg.
Graphie : inchangée.

OBSERVATION 82

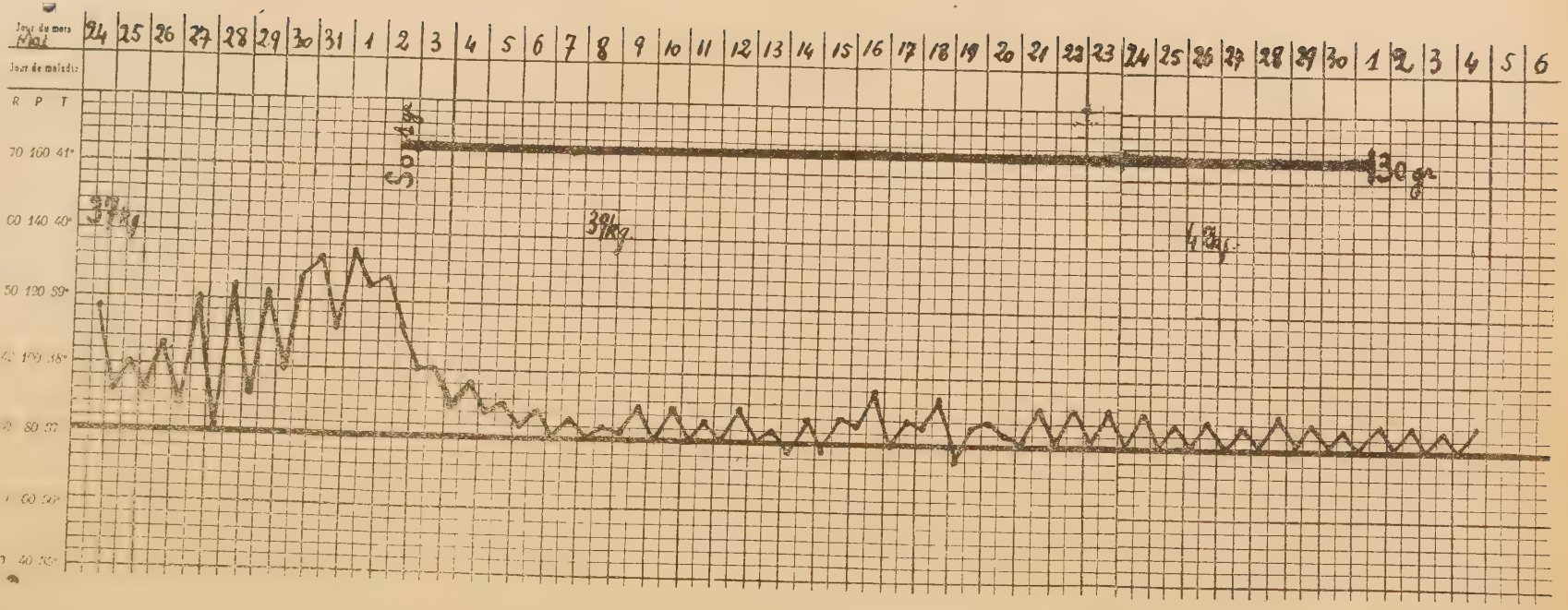
Aziza bt Assonna, 20 ans

— A l'entrée :
Température 38°-40°
P. 39 kg.
B. K. +
Graphie : infiltration macro-nodulaire bilatérale.
— Arrêt après 11 gr., troubles vertigineux intenses.
— A ce moment :
Température 37°-37°3
P. 38 kg.
Graphie : inchangée.

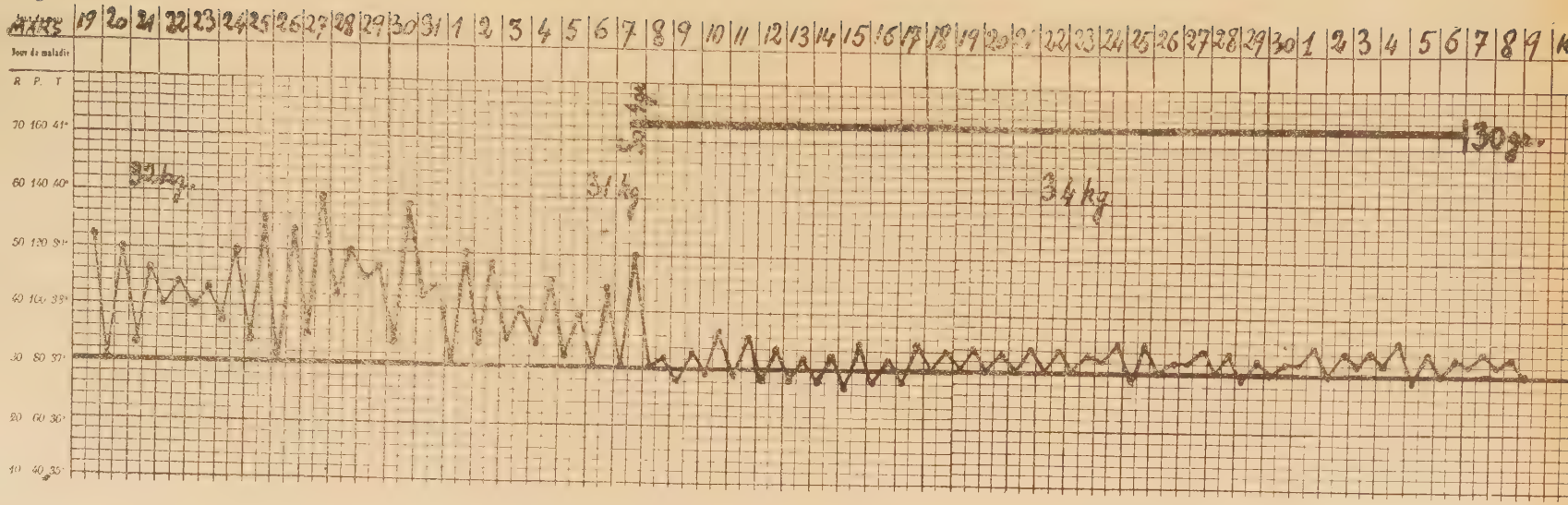
OBSERVATION 83

Zorah bt Belgacem, 18 ans - Malade depuis 2 ans

— A son entrée : tuberculose bilatérale excavée, quelques taches floues disséminées dans les deux champs pulmonaires.
— Arrêt après 13 gr. 50 : troubles vertigineux et oculaires.



OBSERVATION 27 Jamila bent Maktouf — 20 ans



OBSERVATION 23 Hédi ben Sadok — 20 ans

CHAPITRE III

Parallèle

Prises séparément, ces observations n'ont qu'un intérêt documentaire ; mais considérées dans leur ensemble, elles acquièrent une plus grande valeur.

Reprenons chacun de ces différents groupes, et étudions successivement :

la température
le poids
la bacilloscopie
les comptes-rendus radiologiques.

A. — LES MALADES AMELIORES

I. - UNILATERAUX.

a) *UNE CURE DE 30 GRAMMES*

1° Malades traités suivant le premier schéma

Malades n'ayant pas bénéficié d'une collapsothérapie :

11 cas.

3 malades refusèrent la création d'un pneumothorax 13-15-16).

Sur 1, il ne fut pas tenté (7).

Il fut contro-électif chez un (4).

Enfin dans 6 cas les plèvres étaient symphysées (1-2-3-6-8-9).

La température : très élevée à l'entrée de ces malades dans le service, tombe, lentement ou rapidement aux environs de 37°, et s'y maintient.

Le poids : si la courbe thermique est régulièrement descendante, par contre celle du poids est régulièrement ascendante. Le gain de poids est de 5 kg. en moyenne.

La bacilloscopie : elle devient négative dans 3 cas (4, 6, 15).

Les comptes-rendus radiologiques :

Les tuberculoses excavées : 7 cas

= cavités isolées : 2 cas

une fois la cavité se cicatrise (6)

la seconde, elle diminue de volume (3)

= infiltrats excavés : 5 cas

l'infiltrat se nettoie ou même disparaît (9) ;

quant aux cavités :

elle disparaît 1 fois (15)

elle diminue de volume 1 fois (7)

elles sont inchangées 3 fois (8, 9, 13).

Les tuberculoses non excavées : 4 cas.

= Infiltrats nodulaires : 2 cas. Dans ces 2 cas on observe une diminution du nombre, de la taille, de l'opacité, des images pathologiques (1-4).

= Infiltrats denses et homogènes : 2 cas ; en fin de cure, l'image pathologique est beaucoup moins opaque aux rayons X (16), ou partiellement disparue (2).

Malades ayant bénéficié d'une collapsothérapie : 6 cas.

Sur tous ces malades un pneumothorax artificiel fut créé.

La température : la courbe thermique se stabilise à la normale.

Le gain de poids est de 3 kg. en moyenne.

La bacilloscopie devient négative dans 2 cas (5, 10).

Les comptes-rendus radiologiques :

Les tuberculoses excavées : 5 cas

= cavités isolées : 1 cas

elle n'est plus visible (5)

= infiltrats excavés : 4 cas

l'infiltrat se nettoie et les cavités :

2 fois diminuent de volume (11, 17)

2 fois sont inchangées (12, 14).

Les tuberculoses non excavées : 1 cas (10)

on observe une diminution de l'opacité.

Un seul de ces malades est venu un mois après la fin de la cure de streptomycine (4), et nous avons observé :

Le maintien de sa température à la normale

Un gain de poids de 2 kg.

L'absence de B. K. dans ses crachats alors que la bacilloscopie était positive en fin de cure.

La continuation d'un processus rétractile qui s'était amorcé pendant la cure de streptomycine.

b) *DEUX CURES DE* 30 *GRAMMES SOIT* 60 *GRAMMES DE STREPTOMYCINE:* 5 *CAS*

Malades n'ayant pas bénéficié de collapsothérapie : 3 cas.

Sur 1 il ne fut pas tenté de pneumothorax (22).

Le pneumothorax fut contro-électif dans 1 cas (19).

Enfin dans 1 cas les plèvres étaient symphysées (18).

Après les 2 cures on observe :
La température : oscille entre 37° et 37°4.
Le gain de poids est de 6 kg. en moyenne.
La bacilloscopie devient négative dans 1 cas (22).
Les comptes-rendus radiologiques :
Les tuberculoses excavées : 2 cas
= l'infiltrat se nettoie quand aux cavités :
disparaît dans 1 cas (22)
diminue de volume dans le 2me (19).
Les tuberculoses non excavées : (18)
on observe un nettoyage des lésions.

Malades ayant bénéficié d'une collapsothérapie : 2 cas.

Un pneumothorax fut créé sur ces 2 malades, et une section de brides fut nécessaire dans les 2 cas.
La température oscille entre 37°-37°3.
Le gain de poids est de 6 kg. en moyenne.
La bacilloscopie devint négative dans les 2 cas.
Les comptes-rendus radiologiques : ces 2 malades étaient porteurs de tuberculoses excavées.

En fin de 1re cure les infiltrats sont moins denses, les cavités inchangées.

Après la 2me cure et la section de bride on observe encore un nettoyage de l'infiltrat, et une disparition des cavernes.

Ces 2 sections de bride n'ont été suivies d'aucun incident ou accident.

c) *TROIS CURES : DEUX DE 30 GRAMMES UNE DE 15 GRAMMES, SOIT 75 GRAMMES DE STREPTOMYCINE*

Un seul cas (23) qui a refusé toute collapsothérapie.
La température : la courbe thermique tombe à la nor-

male dès la 1re cure, et se maintient aux environs immédiats de 37°.

Le gain de poids est de 8 kg. On observe cependant une perte de 2 kg. pendant le 2me mois de repos.

La bacilloscopie devient négative en fin de 3me cure.

Les comptes-rendus radiologiques : Nous observons : un nettoyage des macro-nodules et une rétraction importante du lobe supérieur droit.

Une cavité qui s'était creusée pendant le premier mois de repos, a diminué de volume dès la 2me cure, et n'est plus visible en fin de traitement.

2° Malades traités suivant le deuxième schéma : streptomycine + P.A.S.

a) *PREMIERE CURE :*
STREPTOMYCINE 30 GRAMMES
DEUXIEME CURE :
STREPTOMYCINE 15 GRAMMES + P.A.S.

Soit 45 grammes de streptomycine. 1 seul malade (24).

En fin de première cure :

La température s'est stabilisée à la normale.

Le poids a augmenté de 4 kg.

La bacilloscopie est toujours positive.

Une laryngite que le malade présentait à son entrée est guérie.

Compte-rendu radiologique : ce malade présentait une grosse cavité de la base droite ; cavité inchangée.

En fin de deuxième cure : une phrénicectomie et un pneumopéritoine ont été créés.

Température toujours à la normale.

Le poids a augmenté de 1 kg.

La bacilloscopie est toujours positive.

Compte-rendu radiologique. La cavité a diminué de volume.

b) *UNE SEULE CURE :*
STREPTOMYCINE 15 GRAMMES + P. A. S.

Un seul malade (25) présentant une tuberculose non excavée.
Température : elle oscille entre 36°6-37°.
Le gain de poids est de 4 kg.
La bacilloscopie est positive.
Compte-rendu radiologique : on observe une régression des images pathologiques.
La création d'un pneumothorax fut impossible, les 2 feuillets étant symphysés.

II. - BILATERAUX.

1° Malades traités suivant le premier schéma

a) *UNE CURE DE 30 GRAMMES*

Malade n'ayant pas bénéficié d'une collapsothérapie

21 cas.
Sur 4 de ces malades un pneumothorax fut tenté :
Dans un cas la symphyse des feuillets de la plèvre empêcha tout décollement (41).
Dans 3 cas le pneumothorax fut créé mais dut être abandonné soit pour :
soufflage de caverne
réaction liquidienne suivie de symphyse bilatéralisation (26, 30, 31).
La courbe thermique se stabilise aux environs immédiats de 37°.
La courbe pondérale est régulièrement ascendante sauf

pour un malade dont elle reste stationnaire (31).
Le gain de poids est de 5 kg. en moyenne.
La bacilloscopie devient négative dans 4 cas : (30, 31, 32, 38).
Les comptes-rendus radiologiques :
Les tuberculoses excavées : 14 cas..
Les infiltrats s'estompent, et les images de perte de substance :
Elles disparaissent dans 5 cas (30, 31, 34, 36, 45).
Elles diminuent de volume dans 5 cas (31, 33, 43, 45, 49).
Elles sont inchangées dans 6 cas (32, 36, 39, 41, 42, 46).
Des cavités se sont creusées dans 1 cas (42).
Les tuberculoses non excavées : 7 cas.
Les infiltrats nodulaires 4 cas (27, 37, 38, 40). Ils ont tous subi un nettoyage, et leur évolution prend une allure fibreuse.
Les infiltrats denses et homogènes : 3 cas (35, 44, 48). L'image est moins opaque aux rayons X.
— Il est à remarquer le cas des lobites supérieures droites qui en fin de traitement sont non seulement moins opaques aux rayons X mais en outre se sont rétractées en éventail et sont limitées en bas par une ligne scissurale très nette.

Malades ayant bénéficié d'une collapsothérapie : 3 cas.

Sur 1 malade il fut effectué une phrénicectomie (28).
Sur le second : pneumothorax
phrénicectomie (29)
pneumopéritoine.
Sur le troisième : pneumothorax (47).
La courbe thermique : se stabilise entre 36°8-37°.
Le gain de poids est de 4 kg. en moyenne.

La bacilloscopie devient négative dans 2 cas (28, 29).
Les comptes-rendus radiologiques : ces 3 malades étaient porteurs de lésions excavées d'un côté et d'un infiltrat nodulaire récent de l'autre.

Les infiltrats se nettoient complètement dans 2 cas (28, 29) ; partiellement dans le troisième (47).

Les cavités :

disparaissent dans 2 cas (28, 29)

diminue de volume dans le troisième (47).

Dans ce groupe de malades :

1 présente en fin de cure une légère réaction pleurale de la base (38)

Sur un autre, une réaction pleurale de la base disparaît sans laisser de trace (44).

b) *DEUX CURES DE 30 GRAMMES SOIT 60 GRAMMES DE STREPTOMYCINE : 6 CAS*

Aucun de ces malades n'a bénéficié d'une collapsothérapie.

Sur 2 de ces malades fut tenté la création d'un pneumothorax ; ils durent être abandonnés :

1 pour réaction séro-fibrineuse intense suivie de symphyse (51)

le second parce que contro-électif (53)

Après les 2 cures :

La température se maintient entre 37°-37°4.
Le gain de poids est de 5 kg. en moyenne.
La bacilloscopie devient négative dans 1 cas (50).
Les comptes-rendus radiologiques :

Les tuberculoses excavées : 6 cas.

Les infiltrats s'estompent ou même disparaissent (50)

Les cavités :

disparaissent dans 2 cas (50, 54)

diminuent de volume dans 5 cas (50, 52, 51, 53, 55)

Les tuberculoses non excavées : 1 cas (56).

on observe un nettoyage très important des images pathologiques.

Dans ce groupe 2 malades étaient porteurs d'une pleurésie axillaire secondaire

dans 1 cas cette réaction liquidienne est remplacée par une pachypleurite (52)

dans l'autre, l'image est identique en fin de traitement (56). Ce malade était en outre porteur d'un gros paquet ganglionnaire cervical qui n'a pas été modifié par le traitement.

Notons aussi la tendance rétractile des lobites supérieures droites.

c) *TROIS CURES DE 30 GRAMMES SOIT 90 GRAMMES DE STREPTOMYCINE*

Un seul cas : jeune fille présentant une granulie (57).

Après les 3 cures :

La température : oscille entre 37°, 37°3. Elle était à 36°9, 37°2 dès la fin de la seconde cure.

Le gain de poids est de 8 kg.

La bacilloscopie est négative depuis la fin de la deuxième cure.

Les lésions ne sont plus visibles.

Plusieurs ponctions lombaires pratiquées au cours du traitement n'ont révélé aucune anomalie du liquide céphalo-rachidien.

2° Malades traités suivant le second schéma

a) *UNE CURE :*

STREPTOMYCINE 15 *GRAMMES + P. A. S.*

Aucun de ces malades n'a bénéficié de collapsothérapie ; chez un malade un pneumothorax dut être abandonné pour soufflage de caverne (59).
La température oscille entre 36°8, 37°5 en fin de cure.
Le gain de poids est de 3 kg. en moyenne.
La bacilloscopie est toujours positive.
Les comptes-rendus radiologiques : Tous ces malades présentaient des tuberculoses excavées.
Les infiltrats se nettoient.
Les cavités :
diminuent de volume dans 2 cas (58, 60)
se draine mieux dans 1 cas (60)
est inchangée dans 1 cas (59).

b) *PREMIERE CURE :*

STREPTOMYCINE 30 *GRAMMES*

DEUXIEME CURE :

STREPTOMYCINE 15 *GRAMMES + P. A. S.*

Cinq malades ont été traités suivant ce schéma, et aucun de ceux-ci n'ont pu bénéficier de collapsothérapie.
Un pneumothorax fut tenté sur 2 malades :
dans 1 cas sa création fut impossible : symphyse (61)
dans le second il dut être abandonné : contro-électif (63).
La température oscille entre 36°8, 37°3.
Le gain de poids est de 7 kg. en moyenne.

La bacilloscopie devient négative dans 1 cas (62).
Les comptes-rendus radiologiques :

Tuberculoses excavées : 2 cas.

Les infiltrats s'estompent.

Les cavités diminuent de volume.

Tuberculoses non excavées : 3 cas. On observe un nettoyage, complet dans 1 cas (63) et une évolution vers la fibrose.

LES VITESSES DE SEDIMENTATION

Malheureusement ces examens nous manquent dans bien des cas.

Cependant lorsque nous examinons les résultats

(11)	65	(23)	30	(37)	19	(55)	72	(63)	116	(64)	18
	|		|		|		|		|		--
	23		7		9		6		1		8

(66)	16	1/2
	|	
	3	

nous pouvons constater une diminution très nette de cette vitesse.

B. - LES MALADES NON AMELIORES

I. - UNILATERAUX : 2 cas.

Ces 2 malades ont été traités suivant le premier schéma et ont reçu, chacun, 30 grammes de streptomycine.

Dans ces 2 cas un pneumothorax fut tenté, mais les 2 feuillets de la plèvre étaient symphysés.

La température : diminue légèrement.

Le poids reste stationnaire.

La bacilloscopie : l'examen révèle la présence de B. K.

Les comptes-rendus radiologiques : ces 2 malades étaient porteurs de tuberculoses non excavées.

Nous observons une extension des lésions :

dans le côté opposé (66)

du même côté (67).

II. - BILATERAUX.

1° Malades traités suivant le premier schéma

a) *UNE CURE DE 30 GRAMMES DE STREPTOMYCINE*

Aucun de ces malades n'a bénéficié d'une collapsothérapie.

Une pneumoséreuse fut tentée sur 1 malade (72) mais une symphyse rapide empêcha la continuation de ce mode de traitement.

La température :

Elle décroît jusqu'à la normale dans 3 cas (68, 69, 72). Il est à remarquer que ces malades sont atteints respectivement depuis 2 mois, 1 an, 1 an.

Elle diminue légèrement dans 2 cas (70, 76).

Elle reste inchangée dans 5 cas (71, 73, 74, 75, 77). Ces malades sont atteints depuis 5 ans, 2 ans 1/2, 1 an 1/2, 7 mois, une date impossible à déterminer.

Le poids :

Il augmente dans 4 cas (69, 70, 74, 76). Le gain est de 3 kg. en moyenne.

Il reste stationnaire dans 5 cas (71, 72, 73, 75, 77).

Il diminue dans 1 cas (68).

La bacilloscopie est positive.

Les comptes-rendus radiologiques.

Les tuberculoses excavées : 5 cas.

— Les images radiologiques sont inchangées dans 4 cas (70, 71, 73, 74). Ces malades sont atteints depuis 2, 5, 2 1/2 et 1 an 1/2.

— L'image cavitaire est inchangée, mais les macro-nodules sont plus nombreux, et confluents (72). Sujet atteint depuis 1 an.

Les tuberculoses non excavées : 5 cas.

— Images radiologiques inchangées en fin de cure 1 cas (75).

— Les images pathologiques sont confluentes dans 4 cas (68, 69, 76, 77).

— Des cavités se sont creusées dans 1 cas (89). Malade qui est mort de méningite tuberculeuse 3 mois après sa sortie de l'hôpital.

b) *DEUX CURES DE 30 GRAMMES SOIT 60 GRAMMES DE STREPTOMYCINE*

Un malade a été traité de cette façon (78).

— Fin de la première cure :

Température : aux environs immédiats de 37°.

Poids : gain de 1 kg.

Bacilloscopie : positive.

Compte-rendu radiologique : extension des lésions à tout un côté du poumon.
début d'excavation

— 1 mois après :

Température : élevée.

Poids et compte-rendu radiologique identiques à ceux de la fin de la première cure.

— Fin de la seconde cure :

Température : élevée.

Poids : perte de 2 kg.

Compte-rendu radiologique :
bilatéralisation et
agrandissement de taille de la cavité.
— 20 jours après :
Température hectique.
Poids : perte de 8 kg.
Compte-rendu radiologique :
extension des lésions du côté de la bilatéralisation, augmentation de la taille de la cavité.

Nous avons appris par la suite que cette malade menait une vie très dissolue, et nous nous demandons si elle s'est vraiment bien soignée.

2° Malades traités suivant le deuxième schéma : 2 cas

Aucun de ces 2 malades n'a bénéficié d'une collapsothérapie.

— Sur 1 de ces malades (70) on note une très légère amélioration de l'état général après la cure : streptomycine + P. A. S. Les lésions pulmonaires sont inchangées.
— Sur le second (80), ni la température, ni le poids n'ont été influencés, les lésions pulmonaires ont continué à s'étendre.

C. — LES MALADES INTOLERANTS

Les phénomènes d'intolérance se sont manifestés très rapidement, sous forme de troubles vertigineux et oculaires qui n'ont cédés à aucune thérapeutique dans 3 cas (81, 82, 83). L'arrêt de la streptomycine fut décidé :
une fois après 15 grammes
une fois après 13 gr. 50
une autre après 11 grammes.

Il n'y a pas eu de malade intolérant au P. A. S.

Si maintenant, nous essayons d'établir un parallèle, nous constatons que sur un total de 83 malades traités,
27 présentaient des lésions d'un seul côté, soit 32,5 %
56 des lésions bilatérales, soit 67,5 %
94 % étaient âgés de 12 à 40 ans.

Proportions en tous points comparables avec les résultats du docteur COURSIÈRES BERTHÉZÈNE qui donne :
tuberculeux unilatéraux : 34 %
tuberculeux bilatéraux : 66 %
85,4 % de malades âgés de 12 à 40 ans.

I. – L'EVOLUTION

Tuberculeux unilatéraux

« *AVANT LA STREPTOMYCINE* »	« *APRES LA STREPTOMYCINE* »
	Malades traités : 27
Les formes à évolution rapide :	Aucun de ceux-ci ne présentait de tuberculose à évolution lente.
Le pneumothorax, lorsque il put être créé, donna de bons résultats dans 21 % des cas ; quant aux autres malades, sur lesquels le pneumothorax dut être abandonné ou impossible à créer ils ont évolué rapidement vers une bilatéralisation.	a) *Malades améliorés :* 25 soit 92 %. Quelle que soit la dose employée, la streptomycine, seule ou en association avec du P. A. S. nous avons obtenu : — Une chute de la température à la normale.

— Une augmentation du poids.

— La bacilloscopie devient négative dans 9 cas.

— Un malade est guéri de sa laryngite tuberculeuse.

— Sur les lésions pulmonaires, les résultats sont plus ou moins bons suivant les quantités de streptomycine injectée, mais nous observons, dans tous les cas :

— un nettoyage des images pathologiques,

— une tendance à la fibrose et à la rétraction,

— dans 5 cas une disparition de cavité,

— 9 de ces malades ont bénéficiés d'une collapsothérapie, soit 36 %.

b) *Malades non améliorés* : 2, soit 8 %.

La courbe thermique décroît légèrement.

Le poids reste stationnaire.

Les lésions pulmonaires s'étendent : du même

côté dans 1 cas ; du côté opposé dans 1 cas.

c) *Il n'y eut pas de malades intolérants.*

Tuberculeux bilatéraux

« AVANT LA STREPTOMYCINE »

L'évolution clinique de toutes ces formes a été à peu près identique :

— Température très élevée, ne cédant à rien.

— Toux très importante, émétisante.

— Cachéxie progressive, et mort survenant fré-

« APRES LA STREPTOMYCINE »

Malades traités : 56.

a) *Malades améliorés :* 40 soit 72 %.

Un de ces malades présentait une tuberculose fibro-ulcéreuse banale, mais en poussée évolutive à type d'infiltrat macro-nodulaire.

Quel que soit la dose injectée, seule ou en association avec du P.A.S. nous avons obtenu

Une chute de la courbe thermique, et son maintien aux environs immédiats de 37°.

— Une augmentation du poids.

— La bacilloscopie devient négative dans 9 cas.

— Sur les lésions pulmonaires, comme pour

quemment vers le 8e ou 10e mois de la maladie.

— Cette évolution a été compliquée :

De laryngites tuberculeuses,

D'évidement des sommets,

Pneumothorax spontanés,

Hémoptysies,

Pleurésies,

Méningites.

les malades unilatéraux, les résultats sont plus ou moins bons, suivant les quantités de streptomycine injectée ; mais nous observons :

— un nettoyage des images pathologiques et tendance à la fibrose ou à une évolution chronique,

— la disparition de cavité dans 9 cas.

Les complications :

— Dans 1 cas, une légère réaction pleurale apparaît en fin de traitement.

— Dans un autre, elle est inchangée en fin de traitement.

— Enfin dans 2 cas, elles ont disparues.

— Un malade est guéri de sa laryngite.

b) *Malades non améliorés :* 13 soit 22,8 %

Parmi ceux-ci 5 présentaient des tuberculoses fibreuses ou fibro-ulcéreuses.

— Les tuberculoses fi-

breuses ou fibro-ulcéreuses :

Température inchangée,

1 seul malade reprend du poids,

Les images radiologiques sont inchangées.

— Les autres tuberculoses :

La température décroît ou reste inchangée,

Le poids augmente, reste stationnaire ou diminue.

Les lésions pulmonaires :

sont inchangées dans 1 cas,

sont devenues confluentes et plus opaques dans 7 cas.

c) *Malades intolérants :* 3 soit 5,2 %.

L'arrêt de la médication a dû se faire après le 13e gramme en moyenne.

II. - COLLAPSOTHERAPIE

1° MEDICALE

a) Pneumothorax artificiel

TUBERCULEUX UNILATERAUX

— Il fut tenté sur 138 malades.

— Les plèvres étaient symphysées dans 43 cas, soit 31 %.

— Ce fut un mauvais pneumothorax dans 53 cas, soit 38,4 %.

Parmi ceux-ci : 5 sections de brides, suivies soit de perforation, soit de réaction liquidienne.

Ce fut un bon pneumothorax dans 42 cas, soit 30,4 %. (Mais dans ces 42 cas, figurent 17 cas de tuberculoses à évolution lente. Ce fut un bon pneumothorax, d o n c, dans 21 % des formes à évolution rapide).

22 de ces pneumothorax, soit 52,7 % n'ont été suivis d'aucun incident.

Parmi ces incidents, nous relevons 10 sections de brides.

— Il fut tenté sur 18 malades.

— Les plèvres étaient symphysées 8 fois soit dans 44,4 % des cas.

— Le pneumothorax fut contro-électif dans 2 cas, soit 11,1 %.

— Ce fut un bon pneumothorax dans 8 cas, soit 44,4 %.

6 de ces pneumothorax n'ont été suivis d'aucun incident, soit 75 %.

Sur 2 malades il fut fait une section de brides qui n'eut pas d'histoire.

TUBERCULEUX BILATERAUX

Sur aucun de ces malades, un pneumothorax ne put être créé ou entretenu.

Pour 10 malades, un pneumothorax a été tenté.

— Les plèvres étaient symphysées dans 2 cas.

— Ce fut un mauvais pneumothorax dans 7 cas :

contro-électif : 2 cas

soufflage de caverne, réaction séro-fibrineuse ou bilatéralisation 5 cas (complications qui se passèrent avant l'emploi de la streptomycine).

— Ce fut un bon pneumothorax dans 1 cas.

b) **Pneumoséreuse**

1 cas : mais les 2 feuillets de la plèvre se symphysèrent.

2° CHIRURGICALE

a) **Phrénicectomie**

Deux malades porteurs de lésions unilatérales, ulcéro-fibreuses ont bénéficié de ce traitement.

Les résultats sont bons.

Un malade porteur de lésions bilatérales a bénéficié de ce traitement.

Le résultat est excellent.

b) **Thoracoplastie Pneumothorax Extra-pleural**

Une thoracoplastie fut effectuée sur 2 malades présentant une tuberculose unilatérale, fibro-ulcéreuse, avec bons résultats.

Pour des raisons d'ordre matériel ces deux modes de collapsothérapie ne purent être employés.

c) **ASSOCIATION DE PLUSIEURS MODES DE COLLAPSOTHERAPIE**

Phrénicectomie
+
Pneumopéritoine
1 cas

Phrénicectomie
+
Pneumopéritoine
+
Pneumothorax artificiel
1 cas

III. - MORTALITE

Unilatéraux

Formes rapides : 26, soit 20,9 %. — 0

Bilatéraux

Formes lentes : 3,7 %.
Formes rapides: 51,3%.

Il n'y eut pas de décès dans le service.

Cependant, nous avons appris la mort d'un de nos malades, porteur de lésions bilatérales, et pour lequel, la strepto-

mycine fut inopérante.

Décès survenu 3 mois après sa sortie de l'hôpital, et dû à une méningite tuberculeuse.

Conclusion

La tuberculose pulmonaire du musulman a été toujours considérée comme très grave. L'étude comparative que nous venons de mener nous permet de dire que depuis l'utilisation de la streptomycine, notre opinion diffère de ce qui est classiquement admis.

*
* *

1° Nous avons variés les modalités d'application de la streptomycinothérapie :

Dans les formes unilatérales :

La dose optimum nous paraît être de 30 grammes, cure pendant laquelle, sera tenté un pneumothorax artificiel.

Parfois, une deuxième cure (de streptomycine seule, à raison de 1 gramme par jour, ou de cinquante centigrammes par jour, en association avec du P.A.S.) nous paraît nécessaire pour encadrer une intervention, ou une pleuroscopie : le total sera alors de 60 grammes de streptomycine, ou de 45 grammes avec du P.A.S.

Dans les formes bilatérales :

La dose optimum nous semble de 60 grammes de

streptomycine ou de 45 grammes en association avec du P.A.S. ; répartie en deux cures.

1° cure d'attente de 30 grammes, pour freiner l'évolutivité des lésions ;

2° un mois de repos, avec traitement général et cure hygiéno-diététique ;

3° cure de 30 grammes de streptomycine ou de 15 gr. avec du P.A.S., pendant laquelle, on intervient.

2° Les résultats obtenus sont :

Favorables : dans 65 cas sur 77 des tuberculoses à évolution rapide, soit 84,4 %.

L'action de la streptomycine se manifeste par un arrêt du potentiel évolutif habituel chez les individus de cette race, avec :

— stabilisation thermique,
— reprise de l'état général,
— chute de la vitesse de sédimentation,
— régression clinique et radiologique des syndromes pulmonaires.

On ne peut parler de guérison, notre recul dans le temps étant encore insuffisant.

La proportion des malades ayant bénéficié d'une collapsothérapie passe de 8,3 % à 15 % et encore ne faut-il pas oublier que pour des raisons d'ordre matériel, dans un certain nombre de cas, nous n'avons pas pu intervenir chirurgicalement, comme nous aurions voulu.

La mortalité tombe de 34,5 % à 1,2 %.

Défavorables : La streptomycine fut inopérante dans 10 cas, pour 77 malades atteints de tuberculose à évolution rapide (soit 13 %).

La dose de 30 grammes ou de 15 grammes avec du P. A.S., en 1 mois n'a donné aucun résultat. Nous pensons que la dose quotidienne aurait dû être portée à un taux supérieur dès la fin de la première cure. Nous ne

pouvons, en effet, nous baser que sur l'examen du cliché radiologiqe pour constater l'échec de cette médication à cette dose.

Sur les formes ulcéro-fibreuses, nous enregistrons cinq échecs pour six cas traités.

***

La streptomycinothérapie de la tuberculose pulmonaire des musulmans tunisiens a considérablement modifié l'évolution de la maladie.

Depuis l'emploi de cet antibiotique, le pronostic immédiat est bien moins sombre. L'avenir lointain est encore difficile à préciser, mais nous pensons qu'il ressemblera à celui de la tuberculose européenne.

Le Président de Thèse,
MOREL.

VU : *Le Doyen,*
Le Professeur délégué,
SOREL.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 15 mai 1950

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

Bibliographie

ALBOU. — Etude sur la tuberculose des travailleurs indigènes algériens dans les grandes villes (France et Algérie), de son expansion des centres vers la campagne (*Thèse Alger*, 1930).

BEN SALEM. — La tuberculose chez les ouvriers musulma nord-africains en France. Etude médico-sociale (*Thèse Paris*, 1942).

BARNEY. — La tuberculose à Casablanca (*Thèse Bordeaux*, 1934-35).

BENMUSSA. — Traitement de la tuberculose par la streptomycine (*Tunisie médicale*, mai 1948).

BENMUSSA, CARUANA, GALES, HAREL. — Traitement de la tuberculose infantile par la streptomycine, à propos de 115 cas (*Tunisie médicale*, juillet 1949).

BROC. — *Tunisie médicale*, n° 8, 1936.

BROC, CARUANA. — *Tunisie médicale*, n° 7, 1938.

BROC, DUPLÈNE. — *Revue Tunisienne des sciences médicales*, p. 88, 1927.

BROC, BIECHELER, DUPLENE. — Tuberculose à la consultaion de l'hôpital Sadiki. *Revue tunisienne des sciences médicales*, p. 79, 1927.

BROC, REYNAL. — Etudiants des Méderçats et tuberculose. (*Tunisie médicale*, p. 291, 1933).

BEZANCON. — Sur la tuberculose en Afrique du Nord (8e Congrès de la tuberculose, Marseille 1933. *Presse médicale*, n° 37, 8 mai 1935).

CHENEBAULT. — Notions sur la tuberculose pulmonaire de l'indigène marocain. (*Maroc médical*, n° 261, août-septembre 1946).

CHENEBAULT. — Plan de lutte antituberculeuse dans les milieux indigènes musulmans marocains. (*Maroc médical*, n° 261, août-septembre 1946).

LEVI VALENSI. — La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Algérie. (*Algérie médicale*, n° 2, février 1947).

MASSELOT. — La tuberculose des musulmans de l'Afrique du Nord. (*Le Sud médical et chirurgical*, sept. 1937).

MASSELOT-BLOCH. — La tuberculose chez les musulmans de l'Afrique du Nord. (*Tunisie médicale*, n° 5, 1934).

MASSELOT. — Lutte antituberculeuse. (*Tunisie médicale*, n° 9, 1937).

MASSELOT-HALFON-BENATTAR-BOUJNAP. — Traitement de la tuberculose pulmonaire chronique commune par la streptomycine. (*Tunisie médicale*, juillet 1949).

MASSELOT-BENMUSSA-HALFON-SAFFAR. — Traitement des tuberculoses pulmonaires aiguës et granuliques par la streptomycine. (*Tunisie médicale*, juillet 1949).

MASSELOT. — Aspects tunisiens du problème médico-social de la tuberculose. (*La Tunisie médico-sociale*, n° 1, juillet 1949).

J. et H. MICHEL. — L'indice tuberculinique en milieu scolaire dans le Sud tunisien. (*Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XXVII, n° 3, sept. 1938).

MONTPELLIER-LEVI VALENSI-FRANÇOIS-LAFFARGUE. Les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire chez l'indigène algérien musulman. (*L'Algérie médicale*, n° 68, août 1933).

PETIT. — La tuberculose dans le Nord Africain. (*Le Courrier médical*, n° 26, juin 1932).

POIX. — La tuberculose au Maroc. (*Presse médicale*, n° 20, mars 1934).

RAULT-SAGUES-SAENZ-MARTINEZ. — Étude sur la tuberculose à Tanger. (*Maroc médical*, n° 281, oct. 1948).

REMLINGER. — La tuberculose pulmonaire à Tanger. (*Maroc médical*, n° 81, sept. 1928).

SAUVAN. — Considérations cliniques et sociales sur la tuberculose des indigènes de l'Afrique du Nord (8e Congrès de la tuberculose, Marseille, avril 1935. *Presse médicale*, n° 37, mai 1935).

SAUVAN. — La tuberculose des indigènes de l'Afrique du Nord, observée à Marseille. (*Vers l'avenir*, sept. 1935).

SARROUY-PROST-RUSTENHOLZ. — Péritonite tuberculeuse et tuberculose pulmonaire chez l'indigène algérien. (*Algérie médicale*, n° 6, juin-juillet 1948).

VAISSIÈRE. — Considérations sur la tuberculose à Casablanca. (*Maroc médical*, n° 141, mars 1934).

COLOMBANI, LAPIN. — La tuberculose au Maroc (*Algérie médicale*, n° 67, juillet 1933).

COLOMBANI, LAPIN. — La tuberculose au Maroc (*Maroc médical*, n° 134, 15 août 1933).

COURSIÈRES-BERTHÉZÈNE-H. COURSIÈRES. — A propos du traitement actuel de la tuberculose pulmonaire. (*Tunisie médicale*, mai 1948).

M. COURSIÈRES-BERTHÉZÈNE. — Contribution à l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire chez les musulmans tunisiens, d'après 550 observations recueillies à l'hôpital Ernest Conseil de Tunis. (*Le poumon*, 1950).

COUTURAT. — La tuberculose chez les enfants indigènes en Algérie (*La presse médicale*, n° 68, 28 août 1933).

DECOUR. — Tuberculose dans les territoires militaires du Sud Tunisien. (*Tunisie médicale*, n° 4, avril 1935).

DELIQUE. — Contribution à l'étude de la tuberculose au Maroc. (*Bul. de l'Inst. d'hyg. du Maroc*, oct.-déc. 1934).

DEMIRLEAU. — Le développement de la chirurgie thoracique à Tunis. (*Tunisie médicale*, nov.-déc. 1947).

DEMIRLEAU. — Résultats obtenus à Tunis par le traitement chirurgical dans la tuberculose pulmonaire. (*Tunisie médicale*, mai 1948).

FOLEY-PARROT. — L'infection tuberculeuse chez les indigènes d'Algérie. (*Algérie médicale*, juin 1933, n° 66).

FOLEY-PARROT. — La pratique de la prémunition antituberculeuse par le vaccin B.C.G. en milieu rural algérien. (*Cahiers médicaux de l'Union Française*, n° 19, avril 1948).

GAUD-MAGE. — Epidimiologie de la tuberculose pulmonaire au Maroc. (*Maroc médical*, n° 281, oct. 1948).

GÉRARD. — Infection tuberculeuse chez les diverses races humaines. (*Revue tunisienne des sciences médicales*, p. 113, 1921).

GILLOT-SARROUX. — La tuberculose chez les enfants indigènes en Algérie. (*Algérie médicale*, n° 66, juin 1933).

GOURRY. — A propos du système social de la tuberculose en Kabylie. (*Algérie médicale*, n° 135, mars 1939).

HAYAT. — *Tunisie médicale*, n° 4, avril 1935.

ISSARD. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs Nord-africains en France (à propos de 21 cas). (*Thèse Paris*, 1944).

LAPIN. — La tuberculose chez les indigènes du Maroc. (*Maroc médical*, n° 103, janvier 1931).

LAPIN-BONJEAN. — La tuberculose au Maroc (8e congrès de la tuberculose de Marseille, avril 1935. *Presse médicale*, n° 37, mai 1935).

LAURENS. — La tuberculose au Maroc. (*Maroc médical*, n° 183, sept. 1937).